

Koulutusintervention vaikutus hoitotyön rakenteisen kirjaamisen laatuun

Esa-Petri Nurmela
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö
Pro gradu -tutkielma
Kevät 2016

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

ESA-PETRI NURMELA: Koulutusintervention vaikutus hoitotyön rakenteisen kirjaamisen laatuun

Pro gradu -tutkielma, 56 sivua

Ohjaajat: Yliopisto-opettaja, dosentti Anja Rantanen
Professori Marja Kaunonen

Hoitotiede

Toukokuu 2016

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida hoitotyön rakenteisen kirjaamisen nykytilaa ja koulutusintervention vaikutusta hoitotyön rakenteisen kirjaamisen laatuun yhden keskussairaalan viidellä osastolla. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä hoitotyön rakenteista kirjaamista eri organisaatioissa ja hoitotyön koulutuksessa.

Tutkimuksen aineisto kerättiin yhden keskussairaalan viideltä osastolta. Alku- ja loppumittaukseen kerättiin molempiin 150 hoitotyön kertomusta ja yhteenvetoa päätyneiltä hoitajaksoilta. Alkumittausaineisto kerättiin keväällä 2015 ja loppumittausaineisto talvella 2016. Alkumittaus tehtiin ennen koulutusintervention aloitusta ja loppumittaus noin kaksi kuukautta viimeisen koulutusintervention jälkeen. Aineisto analysoitiin käyttämällä Kailan ja Kuivalaisen kehittämää strukturoitua hoitotyön kirjaamisen arviointilomaketta. Tässä tutkimuksessa hoitotyön rakenteisen kirjaamisen osa-alueita olivat minimilaatutaso, tavoitteellinen kirjaaminen ja yksilöllinen kirjaaminen. Hoitotyön rakenteista kirjaamista arvioitiin eri tasoilla asteikolla 0-5 (0= ei yhtään kriteerien mukaista hyväksyttyä kirjausta -5= viisi kriteerien mukaista hyväksyttyä kirjausta) ja kirjaamisen kokonaislaatuksen arviointia eri tasojen summana (0-15).

Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen koulutus paransi hoitotyön kirjaamisen kokonaistason laatua. Hoitotyön dokumentoinnin kokonaislaatuaso oli tilastollisesti merkitsevästi parempi koulutusintervention jälkeen ($p < 0.001$). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan minimilaatutaso ($p < 0.001$), tavoitteellinen kirjaaminen ($p < 0.001$) ja yksilöllinen kirjaaminen ($p = 0.001$) paranivat tilastollisesti merkitsevästi koulutusintervention jälkeen.

Hoitohenkilökunnalle on tärkeää järjestää toistuvasti hoitotyön rakenteisen kirjaamisen koulutusta, sillä kirjaaminen osoittautui paremmaksi kaikilla osa-alueilla koulutuksen jälkeen. Hoitotyön kirjaamisessa käytettävät otsikot ja muut rakenteet tulisi olla yhtenäiset. Tulevaisuudessa tulee kiinnittää enemmän huomiota myös potilaskeskeiseen kirjaamiseen. Lisäksi hoitotyön kirjaamisen omavalvontajärjestelmää tulee kehittää, jotta hoitotyön rakenteista kirjaamista voidaan arvioida säännöllisesti ja luotettavasti.

Avainsanat: Koulutusinterventio, koulutus, hoitotyön kirjaaminen, hoitotyö, luokittelu

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

School of Health Sciences

ESA-PETRI NURMELA: Effect of the education intervention on the quality of nursing structured documentation

Master's thesis, 56 pages

Supervisors: PhD, University Lecturer, docent Anja Rantanen

PhD, professor Marja Kaunonen

Nursing Science

May 2016

The purpose of this study was to evaluate the current state of nursing structured documentation and the effect of the education intervention on the quality of nursing structured documentation of five wards in one central hospital. The aim of the study was to produce information that can be utilized in development of nursing documentation structures in different organizations and education of nursing.

The data were collected at five wards of one central hospital. For initial and follow up measurements were collected in both 150 documents and summary of nursing at the end of nursing periods. The initial measurement data were collected in spring 2015 and the follow up measurement data in winter 2016. The initial measurement was done before the beginning of education interventions and the follow up measuring about two months after the last education session. The data were analyzed using a structured nursing documentation assessment which was developed by Kaila and Kuivalainen. In this study, nursing structured documentation levels were divided in the minimum quality level, target-oriented documentation and patient-centered documentation. The nursing documentation was evaluated at different levels on a scale of 0-5 (0=none approved in accordance with the entry criteria -5= five accepted documentation according to the criteria) and evaluated the documentation of the overall quality level as the sum of the different levels (0-15).

A structured nursing documentation education improved the quality nursing documentation of the overall level. Nursing documentation of the overall quality level was statistically significantly better after the education intervention ($p<0.001$). According to the results of this study the minimum quality level ($p<0.001$), target-oriented documentation ($p<0.001$) and patient-centered documentation ($p=0.001$) improved statistically significantly after the education interventions.

It would be important to organize repeated education of nursing structured documentation for nurses, because the documentation is proved to be better in all parts after the education. In the nursing documentation the used titles and other structures should be identical. In the future there should be paid more attention to the patient-centered documentation. Nursing documentation of self-monitoring system should be developed to enable documentation of nursing structures in order to evaluate regularly and reliably.

Keywords: Education intervention, education, nursing documentation, nursing, classification

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLLYS

1. JOHDANTO.....	1
2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	3
2.1 Hoitotyön kirjaamista ohjaava keskeinen lainsäädäntö	3
2.2 Hoitotyön prosessi	5
2.3 Hoitokertomus	6
2.4 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen	8
2.5 Potilaskeskeisyys	11
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	15
4. KOULUTUSINTERVENTIO	16
4.1 Koulutusintervention tavoitteet	16
4.2 Koulutusintervention kuvaus	16
5. TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT	19
5.1 Tutkimuksen aineisto ja aineiston keruu	19
5.2 Arviointilomake	19
5.3 Aineiston analyysi	21
6. TUTKIMUSTULOKSET	23
6.1 Tutkimukseen osallistuvien osastojen taustamuuttujat.....	23
6.2 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen	23
6.2.1 Minimilaatutaso.....	23
6.2.2 Tavoitteellinen kirjaaminen.....	27
6.2.3 Yksilöllinen kirjaaminen	31
6.2.4 Kokonaislaatutaso	35
7. POHDINTA.....	38
7.1 Tutkimuksen etiikka	39
7.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	40
7.3 Tutkimustulosten tarkastelu.....	42
7.4 Jatkotutkimusaiheet	49
8. JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET	50
LÄHTEET	51

KUVIOT

- Kuvio 1. Hoidon tarve
- Kuvio 2. Hoidon tavoitteet
- Kuvio 3. Hoidon tulokset
- Kuvio 4. Hoitotyön yhteenveto
- Kuvio 5. Hoitosuunnitelman arviointi
- Kuvio 6. Hoidon tarpeen ja tavoitteen välinen yhteys

Kuvio 7. Hoidon tavoitteen ja toteutuksen välinen yhteys
 Kuvio 8. Hoidon toteutuksen ja hoitotulosten välinen yhteys
 Kuvio 9. Potilaan tarpeen yksilöllisyys
 Kuvio 10. Potilaan yksilöllisen tavoitteen suhde hoidon tarpeeseen
 Kuvio 11. Potilaan hoidon toteutuksen suhde yksilölliseen tarpeeseen ja tavoitteeseen
 Kuvio 12. Potilaan hoidon arviointi suhteessa yksilölliseen tarpeeseen ja tavoitteeseen
 Kuvio 13. Yksilöllisten tekijöiden loogisuus
 Kuvio 14. Kirjaamisen kokonaislaatutason jakauma alku- ja loppumittauksissa
 Kuvio 15. Kirjaamisen kokonaislaatutason luokittelu

TAULUKOT

Taulukko 1. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista
 Taulukko 2. Koulutusinterventiot
 Taulukko 3. Taustatiedot yksiköittäin
 Taulukko 4. Minimilaatutaso
 Taulukko 5. Minimilaatutason jakauma
 Taulukko 6. Tavoitteellinen kirjaaminen
 Taulukko 7. Tavoitteellisen kirjaamisen jakauma
 Taulukko 8. Yksilöllinen kirjaaminen
 Taulukko 9. Yksilöllisen kirjaamisen jakauma
 Taulukko 10. Kokonaislaatutaso

LYHENTEET

CCC (HHCC)	Clinical Care Classification (formerly Home Health Care Classification)
EHR	Electronic health record
FinCC	Finnish Care Classification, suomalainen hoitotyön luokitus
HoiData	Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot –hanke 2007-2009
HoiDok	Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2005-2006
NANDA-I	NANDA International (formerly North American Nursing Diagnosis Association)
NIC	Nursing Interventions Classification
NMCDS	Nurse-Midwifery Clinical Data Set
NMDS	Nursing minimum data set
NOC	Nursing Outcomes Classification
PNDS	Perioperative Nursing Data Set
Q-DIO	Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes
SHTaL	Suomalainen hoidon tarveluokitus
SHToL	Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus
SHTuL	Suomalainen hoidon tuloluokitus
SNL	Standardized nursing language
VIPS	Well-being, integrity, prevention, safety (in Swedish: Välbefinnande, Integritet, Prevention, Säkerhet)

1. JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeiden (2001) mukaisesti terveydenhuollon palveluja saavan potilaan hoidon aikaiset tiedot pitää olla virheettömiä ja asianmukaisia. Lainsäädännön mukaan terveydenhuollon asiakirjojen perusteella tulee pystyä jälkikäteen arvioimaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa, potilaan terveydentilaa ja käytettyjä hoitokeinoja sekä niiden vaikutuksia. Hoitotyön kirjaamisella turvataan potilaan jatko- ja kokonaishoito, potilaan tiedonsaantioikeus ja henkilökunnan oikeusturva.

Tutkimustiedon mukaan hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa on havaittu puutteita. Hoitohenkilökunnan hoitotyön prosessimallin mukainen kirjaaminen ei ole hahmottunut eikä toteutunut järjestelmällisesti (Flink ym. 2015, Laitinen 2014, Tiusanen ym. 2009, Kim & Park 2005, Rosendal ym. 2004, Voutilainen 2004, Björvell ym. 2002). Hoitohenkilökunta kaipaavat edelleen hoitotyön kirjaamismallin yhtenäistämistä. Hoitajat hyödyntävät suomalaisia hoitotyön luokituksia kirjaamisessaan, mutta luokitusten käyttö on epäyhtenäistä. (Virkkunen ym. 2015, Häyrinen 2011.)

Hoitotyön kirjaamisessa havaitut puutteet aiheuttavat huolen kirjaamisen nykytasosta, joten hoitotyöntekijöiden kirjaamiskäytäntöjen tutkiminen koetaan tarpeellisenä. Erityisesti on todettu tarpeelliseksi kehittää hoidon arvioinnin kirjaamista Suomessa. Sairaanhoitajille on annettu koulutusta kirjaamiskäytäntöjen kehittämiseen, mutta siitä huolimatta kirjaamisessa on todettu samoja puutteita kuin kaksikymmentä vuotta sitten. (Voutilainen ym. 2004.)

Potilaskeskeisyyden näkökulmasta hoidon jatkuvuus ja turvallisuus edellyttävät sujuvaa tiedon siirtymistä eri ammattihenkilöille ja eri organisaatioiden välillä. Kirjaamisesta on keskusteltu runsaasti ja yleisesti on havaittu erilaisia kirjaamiskäytäntöjä. (Kaila & Kuivalainen 2014.) Usealla koulutusinterventiolla on todettu myönteinen vaikutus hoitotyön kirjaamisen laadun paranemiseen (Jefferies ym. 2012, Melender & Häggman-Laitila 2010, Müller-Staub 2009, Müller-Staub ym. 2008, Thoroddsen & Ehnfors 2007, Müller-Staub ym. 2007, Björvell ym. 2002).

Näyttöön perustuvalle kirjaamiselle on määritelty osatavoitteita. Potilasasiakirjoihin on kirjattava asianmukainen tieto hoitokeinoista, hoidon toteutuksesta ja potilaan terveydentilasta sekä tiedonkulun turvaamisesta (Hallila 2005). Hoitotyön kirjaamisen laatua voidaan arvioida tarkastelemalla potilaiden hoitosuunnitelmia ja hoitotyön merkintöjä jälkikäteen (Saranto &

Soininen 2009). Hoitotyön prosessien ja kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistäminen on tärkeä hoitotyön kehittämiskohde tiedon siirron edistämiseksi (Hartikainen ym. 2007).

Tällä tutkimuksella selvitettiin hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa ilmeneviä puutteita. Tutkimuksessa on tarkoituksena arvioida hoitotyön rakenteisen kirjaamisen nykytilaa ja koulutusintervention vaikutusta hoitotyön rakenteisen kirjaamisen laatuun yhden keskussairaalan viidellä osastolla. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä hoitotyön rakenteista kirjaamista eri organisaatioissa ja hoitotyön koulutuksessa sekä soveltaa käytettyä koulutusinterventiota hoitotyön kirjaamiskoulutuksia suunniteltaessa.

2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Hoitotyön kirjaamista ohjaava keskeinen lainsäädäntö

Hoitotyön kirjaamista koskeva keskeinen laki on potilasvahinkolaki (585/1986), jossa potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 12§:ssä määritellään terveydenhuollon ammattihenkilön merkinnät potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi. Lisäksi terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa laaditaan tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma. Suunnitelma laaditaan potilasta ja hänen läheisiään kuunnellen. (Potilasvahinkolaki 585/1986, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja terveydenhuollon toimintayksiköiden on laadittava ja säilytettävä potilasasiakirjat lakien säätämällä tavalla (559/1994). Hoitotyön ja sen kirjaamisen tulee olla näyttöön perustuvaa. Hoitotyön kirjaamisen tavoitteena on myös potilaan saama, hänen terveyteensä liittyvä luotettava tieto. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon potilastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007, päivitetty 2010) korostaa potilastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Potilastietojen sähköisen käsittelyn yleisinä vaatimuksina painotetaan muun muassa tietojen saatavuutta ja käytettävyyttä. Potilastietojen tulee säilyä eheinä ja muuttumattomina koko säilytysajan. Sosiaali- ja terveydenhuollonpalvelujen antajan on pidettävä rekisteriä omien järjestelmiensä käyttäjistä ja käyttöoikeuksista. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon potilastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, päivitetty 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on määritellyt asetuksen (298/2009a) potilasasiakirjoihin liittyen (taulukko 1). Asetuksessa otetaan kantaa potilasasiakirjoihin merkittäviin perustietoihin, keskeisiin hoitotietoihin, sairauden ja hoidon kulkua koskeviin merkintöihin sekä merkittäviin hoidon riskeihin, hoidon haitallisiin vaikutuksiin ja epäilyihin vahinkoihin. Lisäksi on määritelty osastohoitoa ja hoidon loppulausuntoa koskevat asiakirja tiedot.

Taulukko 1. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (30.3.2009/298)

Pykälä	Nimi	Seloste
10§	Potilas-kertomukseen merkittävät keskeiset hoitotiedot	<p>1) Potilaan nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot</p> <p>2) Terveystietojen toimintayksikön tai itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön nimi</p> <p>3) Merkinnän tekijän nimi, asema ja merkinnän ajankohta</p> <p>4) Saapuneiden tietojen osalta saapumisajankohta ja lähde</p> <p>5) Alaikäisen potilaan osalta huoltajien tai muun laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot sekä täysi-ikäiselle potilaalle määrätyn laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot.</p> <p><u>Potilasasiakirjoista tulee ilmetä tarvittaessa myös seuraavat tiedot:</u></p> <p>1) Potilaan ilmoittaman lähiomaisen tai muun yhteyshenkilön nimi, mahdollinen sukulaisuussuhde ja yhteystiedot</p> <p>2) Potilaan äidinkieli tai asiointikieli</p> <p>3) Potilaan ammatti</p> <p>4) Potilaan työnantajan vakuutusyhtiö, jos kyseessä saattaa olla työtapaturma tai ammattitauti</p> <p>5) Vakuutusyhtiö, jos hoidon mahdollisesti maksaa vakuutusyhtiö</p> <p>6) Tietojen luovuttamista koskevat potilaan suostumukset.</p>
11§	Potilas-kertomukseen merkittävät keskeiset hoitotiedot	Potilaskertomukseen tulee tehdä merkinnät jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta. Palvelutapahtumia koskevista tiedoista tulee tarpeellisessa laajuudessa käydä ilmi tulosy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto.
12§	Sairauden ja hoidon kulkua koskevat merkinnät	Potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä tulee riittävässä laajuudessa käydä ilmi taudinmäärityksen, valitun hoidon ja tehtyjen hoitoratkaisujen perusteet. Vaikutuksiltaan ja riskeiltään erilaisten tutkimus- ja hoitomenetelmien valinnasta tulee tehdä merkinnät perusteista valitun menetelmän käytöstä. Jokaisen toimenpiteen peruste tulee määritellä selkeästi potilasasiakirjoissa. Potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä tulee käydä ilmi, miten hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotakin erityistä ja millaisia hoitoa koskevia ratkaisuja sen kuluessa on tehty.
13§	Hoidon riskeistä, haitallisista vaikutuksista ja epäillyistä vahingoista tehtävät merkinnät	Hoidon riskeistä on kirjattava tiedot lääkeaineallergiasta, materiaaliallergiasta, yliherkkyydestä, tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden haitallisista vaikutuksista ja hoidon tehottomuudesta sekä epäillyistä potilas-, laite- ja lääkevahingoista.
14§	Osastohoitoa koskevat merkinnät	Osastohoidossa olevasta potilaasta tulee tehdä potilaskertomukseen riittävän usein aikajärjestyksessä merkinnät hänen tilansa muutoksista, hänelle tehdyistä tutkimuksista ja hänelle annetusta hoidosta. Lisäksi potilaasta tehdään osana potilaskertomusta hoitojaksokohtaisesti päivittäin merkinnät hänen tilaansa liittyvistä huomioista, hoitotoimista ja vastaavista seikoista.
17§	Hoidon loppulausunto	Hoidon loppulausunto tulee laatia jokaisesta osasto- tai laitoshoidojaksosta. Hoidon loppulausunto on laadittava sellaisesta polikliinisesta hoitojaksosta, jonka loputtua hoito päättyy, hoitovastuu siirtyy toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön tai itsenäisesti ammattiaan harjoittavalle terveydenhuollon ammattihenkilölle. Loppulausuntoon tulee annettua hoitoa koskevien yhteenvedojen lisäksi sisällyttää selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon toteuttamiseksi. Loppulausunnossa tulee kuvata mahdolliset poikkeavuudet potilaan toimenpiteen jälkeisessä toipumisessa ja potilaan tila palvelutapahtuman päättyessä.

2.2 Hoitotyön prosessi

Hoitotyön ydintiedoilla kuvataan hoitotyön prosessia. Hoitotyön prosessiin sisältyy tulotilanne, hoidonsuunnittelu, hoitotyön toteutus ja hoidon arviointi. (Virkkunen ym. 2015.) Hoitotyön prosessi ohjaa henkilökuntaa potilaan hoitotyön toteutuksessa. Hoitohenkilökunnan tiedostaessa potilaan hoitopolun se osaltaan vahvistaa potilaan hoitotyön prosessia. (Kassara ym. 2005).

Hoitotyön prosessi käynnistyy määrittelemällä potilaan taustatiedot, joita ovat potilaan ilmoittama tulosyys, esitiedot, ongelmat, tehdyt havainnot, tutkimukset ja arvioinnit. Lisäksi arvioidaan potilaan nykytila (status), toimintakyky, hoitoisuus ja hoidon tarve. Potilaan pysyväisluonteiseen terveydentilaan liittyvistä tiedoista tarkistetaan terveyteen vaikuttavat tekijät, riskitiedot, lääkehoito ja apuvälineet. (Virkkunen ym. 2015.)

Hoitosuunnitelma on terveydenhuollon ammattihenkilöiden, potilaan ja omaisten kanssa yhteistyössä laadittu suunnitelma potilaan hoidosta, sen perusteista ja tavoitteista. Siinä kuvataan muun muassa hoidon tarve, hoidon tavoitteet, kirjataan suunnitellut tutkimukset ja mittaukset, toimenpiteet, kuntoutus- ja hoitotyön toiminnot, apuvälineet ja hoitotarvikkeet, annetut lääkemääräykset sekä pyydettyvät konsultaatiopyynnot. (Virkkunen ym. 2015.)

Hoidon toteutus on hoitotyön prosessin seuraava vaihe. Siihen kirjataan hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi käytetyt keinot ja menetelmät, tehdyt tutkimukset ja mittaukset, toimenpiteet, kuntoutus- ja hoitotoimet, lääkehoito ja rokotukset, luovutetut apuvälineet ja hoitotarvikkeet, sekä lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön antama ohjaus muun muassa ravitsemuksesta ja liikunnasta. (Kärkkäinen 2007.)

Hoitotyön prosessin viimeisessä vaiheessa arvioidaan potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset ja toteutuneen hoidon arviointi suhteessa hoidon suunnittelussa asetettuihin tavoitteisiin. Lisäksi arvioidaan potilaan yleistilanteen ja toimintakyvyn muutokset, tehtyjen tutkimusten ja mittauksen perusteella arvioidut muutokset ja toteutettuihin hoitoihin (toimenpiteet, kuntoutus, lääkehoito ja muut hoitotoimet) liittyvät muutokset, diagnoosi tai hoidon syy. (Virkkunen ym. 2015.) Hoitotyön toteutumisen arvioinnissa tulee huomioida potilaan oma arviointi saamastaan hoidosta, yksittäisten hoitomuotojen vaikutuksesta, terveydentilan kehittymisestä ja vointinsa muutoksista. Arvioinnissa kiinnitetään huomio potilaan tuntemuksiin, mielipiteisiin ja mitataan muutoksia hoitotoimenpiteiden jälkeen. Samalla arvioidaan, onko hoitotyön tavoitteet saavutettu ja ovatko hoidon tarpeet muuttuneet. Osastojaksoilla arviointia tehdään päivittäin. (Soininen & Ikonen 2007, Hallila 2005.)

Hoitohenkilökunnalle hoitotyön prosessi on oman työn perusta ja sen käyttäminen selkiyttää toimintatapoja. Hoitotyön prosessi parantaa tiedonsiirtoa hoitotyöntekijältä toiselle. Kuitenkin hoitotyön prosessia pidetään osittain vieraana ja tarpeettomana tapana jäsentää työtä. (Lundgrén-Laine & Salanterä 2007.) Hoitotyön kirjaamisen keskeisimpiä periaatteita on jatkuvuus ja hoitotyön kirjaamisen yhtenä tarkoituksena on potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen. (Felgenin 2004.)

Hoitotyön prosessin eri vaiheissa hoitotyöntekijät tekevät päätöksiä. Päätöksenteolla hoitotyössä tarkoitetaan päätöksentekijän vastuuta ja vapautta tehdä päätös erilaisten vaihtoehtojen puitteissa. Hoitotyön prosessin mukaiset päätöksentekotilanteet perustuvat hoitotyön tietoperustaan. Hoitotyön prosessi etenee potilaan hoidon tarpeiden ja hoitotyön toimintojen suunnittelusta hoidon toteuttamiseen ja arviointiin. Hoitotyössä tehtävien valintojen ja prosessin eri vaiheet kirjataan potilastietojärjestelmään. (Lundgren-Laine & Salanterä 2007.)

2.3 Hoitokertomus

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaan potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot ja asiakirjat, kuten muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. (STM 2009a.) Hoitokertomus puolestaan on hoitohenkilökunnan ja eri ammattiryhmien kanssa yhdessä laadittu potilaskertomuksen osa (= näkymä), joka sisältää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. Hoitokertomus käsittää siis hoidon kokonaisuuteen liittyvää tietoa potilaasta, ammattiryhmien hoito- ja tutkimussuunnitelmista, tutkimustuloksista ja lausunnot sekä päivittäistä seurantatietoa. (HoiData 2009.)

Hoitokertomuksen ydintietoja ovat potilaan tunnistetiedot, hoidon antajan tunnistetiedot, hoitajakson ja tapahtuman tunnistetiedot, ongelmat ja diagnoosit, terveyteen vaikuttavat tekijät, fysiologiset mittaukset, hoitotyön ydintiedot, toimintakyky, lääkehoito, tutkimukset, toimenpiteet, apuvälineet, elinluovutustestamentti, hoitotahto, suostumus, yhteenveto, jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot sekä lausunnot (Ahonen ym. 2012).

Hoitotyössä päivittäiskirjaukset tehdään ammatillisille näkymille HOI tai HOKE riippuen käytettävissä olevasta tietojärjestelmästä. Erikoissairaanhoidossa on luotu erilaisia HOI-näkymiä erikoisaloittain. (Virkkunen ym. 2015.) Rykkjen (2009) mukaan hoitotyön kirjaamisessa on kehittämistä päivittäiskirjaamisessa ja avainsanojen käytössä, koska näitä kirjataan puutteellisesti tai väärin.

Hoitokertomuksen hoitotyön yhteenvedolla tarkoitetaan hoitojaksolla kertynyttä tietosisältöä, joka täydennetään hoitojakson päättyessä. Hoitotyön yhteenvedo kirjataan aina, kun potilaan hoitovastuu siirtyy toiseen organisaatioon tai pysyvästi erikoisalalta toiselle. (Soininen & Ikonen 2007.) Hoitotyön yhteenvedon tietosisällöt ovat rakenteistettu Potilastietoarkiston (Kanta) vaatimuksien kanssa yhteensopiviksi hoitotyön ydintietoja mukaillen. Hoitotyön yhteenvedoa suositellaan jäsenneltäväksi hoitotyön prosessin mukaisin otsikoin (hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulos ja hoitoisuus). (Kuusisto ym. 2015.)

Hoidon yhteenvedo näkymään kirjataan loppuarvio -otsikkoa käyttäen potilaan osastohoidon tai muun pitkäaikaisen hoidon päättyessä yhteenvetomerkinnät. Merkinnälle tulee kirjata yhteenvedon laatimisajankohta ja tekstiä tulee jäsentää käyttäen muita otsikoita. Hoitotyön yhteenvedon tavoitteena on turvata potilaan hoidon jatkuvuus hoitovastuun siirtyessä hoitopaikasta toiseen ja koota palvelutapahtuman keskeisimmät tiedot helposti luettavaan ja tiiviiseen muotoon. Yhteenvedo -näköymän tarkoituksena on helpottaa kokonaiskäsityksen muodostamista potilaan tilanteesta ilman, että tietoja tarvitsisi lähteä poimimaan pirstaleisesta tietomassasta. Se ei vastaa suoraan hoitopalautetta, joka on erikseen koottava asiakirja ja koostuu pääsääntöisesti yhdestä tai useammasta yhteenvetotasoisesta merkinnästä ja muista tarvittavista tiedoista. Kun tieto kirjataan väli- tai loppuarvio-otsikoita käyttäen, se tallentuu automaattisesti yhteenvedo -lisänäköymälle. Hoitotyön yhteenvedo -näköymää käytetään lisänäköymänä tehtäessä väli- tai loppuarvioita, hoitotyön yhteenvedoa hoitojaksolta tai useisiin käynteihin liittyvää kirjausta, esimerkiksi sarjahoidoista. Yhteenvedo -näköymän avulla voidaan hakea myös potilaan yhteenvetotasoisia merkintöjä keskitetysti. Jokaisesta osastohoitojaksosta ja sellaisesta polikliinisestä hoitojaksosta, jonka loputtua hoito päättyy tai hoitovastuu siirtyy, tulee tehdä loppuyhteenvedo. (Virkkunen ym. 2015.)

Hoitokertomukset tulisi suunnitella helppokäyttöisiksi ja tietoa pitää pystyä hyödyntämään moniammatillisesti ja tehokkaasti. Kirjaamissovellusten tulee siis tukea hoitajien ja lääkäreiden luontevia tapoja kirjata potilastietoja. Nykyisillään kirjaaminen vaatii käyttäjiltään paljon työtä. Potilastietojärjestelmät ovat suunniteltu ensisijaisesti kirjaamistehtäviin, potilastietojen kirjaamiseen ja arkistointiin, ei niinkään tukemaan ammattilaisten välistä vuorovaikutusta tai yhteistyötä. (Kaipio 2011.) Ammenwerthin ym. (2011) mukaan sähköinen hoitokertomus paransi tiedon laatua, luettavuutta, saatavuutta ja uudelleenkäyttöä. Sähköinen hoitokertomus ei parantanut hoitohenkilökunnan keskinäistä tai hoitohenkilökunnan ja lääkärien välistä tiedonsiirtoa. Myöskään sähköinen hoitokertomus ei vähentänyt päällekkäisiä tutkimuksia. Kuusiston ym. (2015) mukaan sähköinen hoitotyön yhteenvedo parantaa potilastiedon välitystä ja hoidon jatkuvuutta sekä Sarannon ym. (2014) mukaan parantaa potilasturvallisuutta. Morrisin ym. (2012) mukaan hoitotyön

yhteenvedon saatavuus oli erittäin merkityksellistä, koska lääkärin laatima epikriisi saattaa tulla viiveellä.

2.4 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen

Määritelmä

Rakenteisella hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan kansallisesti sovittua käytäntöä kirjaamisen sisällöstä ja rakenteesta, jonka tavoitteena on kirjaamiskäytäntöjen vakiointi. Tarkoituksena on yhtenäisen kielen avulla parantaa hoitotietojen käyttöä potilaan parhaaksi, mutta ei vakioida hoitoa (Saranto & Sonninen 2007). Rakenteisessa kirjaamisessa tietosisällöt ovat määriteltäviä ainakin otsikkotasolla. Tiedon muoto on myös määriteltävä käytettyjen luokitusten, nimikkeistöjen, sanastojen ja koodistojen osalta. Rakenteisia luokituksia tulisi käyttää riippumatta potilastietojärjestelmästä (Häyrinen & Ensio 2008). Rosendalin ym. (2004) mukaan rakenteisella kirjaamismallilla vahvistetaan hoitajien ymmärrystä hoitotyön prosessista. Soinisen ja Ikosen (2007) mukaan rakenteisten ydintietojen avulla jäsennehty hoitotyön yhteenveto on kaikkien helpompi ymmärtää yhteisen kielen vuoksi.

Terveystenhuollon ammattihenkilöt kirjaavat potilastietoja rakenteisesti ja/tai vapaamuotoisena tekstinä (narratiivi). Kirjaaja voi aina täydentää rakenteisia tietoja vapaamuotoisella tekstillä. Näkymän tietosisältö voi muodostua myös ainoastaan rakenteisiin kenttiin tehdyistä kirjauksista, esimerkiksi lääkehoidon kirjauksessa. (Virkkunen 2015.) Rosendalin ym. (2004) mukaan hoitotyön tekijöiden kokemukset rakenteisesta kirjaamisesta olivat pääsääntöisesti myönteisiä. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen koettiin positiivisena jokapäiväisessä työskentelyssä ja se vaikutti myönteisesti potilasturvallisuuteen.

Sisältö

Hoitotyön rakenteista kirjaamista voidaan jäsentää otsikoiden avulla asiaryhmiin ja sitoa asiayhteyksiin. Otsikoiden alle kirjataan asiayhteyteen liittyvä tieto vapaamuotoisena tekstinä hyödyntäen keskeisiä rakenteisia ydintietoja. Hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa käytettäväksi suositeltavia otsikoita ovat etäkontakti, konsultaatio/lähetä, lausunto, terveystarkastus, päivittäismerkintä (decursus), väliarvio, loppuarvio (epikriisi), tulosyy, esitiedot, terveyteen vaikuttavat tekijät, riskitiedot, nykytila (status), toimintakyky, tutkimukset, fysiologiset mittaukset, testaus- ja arviointitulokset, hoidon tarve, hoidon tavoitteet, suunnitelma, toimenpiteet, hoitotoimet,

kuntoutus, lääkehoito, ennaltaehkäisy, apuvälineet ja hoitotarvikkeet, diagnoosi, hoidon syy, hoitoisuus, hoidon tulokset ja muu merkintä. (Virkkunen ym. 2015.) Rykkje (2009) tutkimuksessaan on todennut, että hoitohenkilökunnan laatimat hoitosuunnitelmat ovat puutteellisia.

Hoitotyön kirjaamisen tulisi sisältää vähintään minimitiedot, jotka ovat yhteydessä normeihin ja standardeihin, mutta myös yksilöllisen sisällön potilaan näkökulmasta. (Kaila 2014.) Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen minimilaatukriteerit ohjaavat hoitotyön kirjaamista. Minimikriteereissä määritellään hoidon tarve, hoidon tavoitteet, hoitotyön toiminnot ja hoidon tulokset sekä hoitotyön yhteenveto. Hoidon tarpeella tarkoitetaan potilaan terveydentilaan liittyviä tai odotettavia ongelmia, joita pyritään korjaamaan tai lievittämään potilaalle annettavalla hoidolla ja ohjauksella. Lisäksi hoidon tarpeeseen huomioidaan potilaan voimavarat, jotka tukevat häntä omahoidon hallinnassa. Hoidon tavoitteet määritellään hoidon tarpeista ja ne sovitaan hoidon suunnitteluvaiheessa. Hoidon tavoitteille voidaan määritellä myös osatavoitteita. Hoitotyön toiminnoilla tarkoitetaan potilaan toteutunutta hoitoa, jolla terveydenhuollon ammattihenkilö vastaa potilaan hoidon tarpeisiin ja asetettuihin tavoitteisiin. Potilasohjaus liittyy kiinteästi hoitotyön toimintoihin. Hoidon tuloksiin puolestaan kirjataan potilaan tilassa tapahtuneet muutokset. Tuloksia arvioidaan suhteessa hoidon tarpeeseen, tavoitteisiin ja/tai toteutuneeseen hoitoon. Hoitotyön yhteenvetoon kirjataan tiedot hoidon tarpeesta, hoidon tavoitteista, hoidon toteutuksesta ja hoitotuloksesta sekä mahdollisista poikkeavuuksista ja potilaan tilasta hänen poistuessaan hoitoyksiköstä (hoitoisuus). (Virkkunen ym. 2015.) Parkin ja Leen (2014) mukaan hoitotyössä yleisimmin käytetään hoitotyön diagnoosien (NANDA-I), hoitotyön menetelmien ja hoitotyön tulosten luokittelua.

Potilaan hoitosuunnitelma on virallinen asiakirja, jonka rakenne ja sisältö on määritelty. Hoitosuunnitelmassa hyödynnetään hoitotyön ydintietoja ja FinCC-luokitusta. (HoiData 2009.) Suomessa on kehitetty kansallinen hoitotyön kirjaamisen malli. Mallissa on määritelty hoitotyön minimilaatukriteerit (NMDS), jotka ovat intergoitu käyttämällä Suomessa standardoituja hoitotyön luokituksia (FinCC). FinCC-luokitus on käännetty ja validioitu kansainvälisestä versiosta Clinical Care Classification (CCC). Luokittelussa kuvataan hoitotyön diagnoosit, interventiot ja tulokset (Häyrinen ym. 2010.) Björvellin ym. (2002) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat pitivät hoitotyön diagnoosien ja tavoitteiden asettamista vähemmän merkityksellisenä kuin potilaan statuksen kuvausta. Sairaanhoitajat dokumentoivat havaintoja, mutta harvoin johtopäätöksiä. Hoitotyön diagnoosi ja tavoitteet olivat vielä käytännössä tuntemattomia käsitteitä ruotsalaisille sairaanhoitajille vielä 2000-luvun alussa, sillä käytännössä siellä noudatettiin yleisesti lääketieteen paradigmat ja potilaan ongelmat nähtiin lääketieteellisestä näkökulmasta.

Hyödyt ja haitat

Rakenteinen kirjaaminen hyödyttää terveydenhuollon ammattihenkilöitä omassa organisaatiossa ja potilastietojärjestelmässä parantaen potilastiedon laatua. Tiedon kirjaaminen on aiempaa yhdenmukaisempaa ja tieto löytyy helpommin yhteisesti sovittujen tietorakenteiden avulla. (Virkkunen 2015.) Laitisen (2014) mukaan potilaiden hoito on yhä enemmän pirstoutunut ja siihen osallistuu suuri joukko eri ammattilaisia. Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi tarvitaan systemaattista kirjaamista.

Rakenteisella kirjaamisella on myönteistä vaikutusta myös hoitotyössä käytettävien käsitteiden yhtenäistämiseen, perehdytykseen ja ohjaukseen. Rakenteisen kirjaamisen käyttö parantaa hoidon ja kirjaamisen laatua. Potilastietojen ja raportointitietojen haku tehostuu eri tietojärjestelmistä. Ajantasaisen tiedon saatavuus hoitavasta organisaatiosta riippumatta lisää potilasturvallisuutta ja parantaa hoidon jatkuvuutta. Hoitotyön prosessi tulee näkyvämmäksi rakenteisen hoitotyön kirjaamisen myötä. (Tanttu & Rusi 2007.) Myös Parkin ja Leen (2014) mukaan keräämällä pätevää ja vertailukelpoista tietoa tästä dokumentointijärjestelmästä voidaan parantaa potilasturvallisuutta, hoitotyön dokumentoinnin laatua ja vahvistaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä.

Potilaskertomuksen rakenteista ja ajantasaista tietoa voidaan käyttää eri terveydenhuollon organisaatioissa valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden avulla. Tietojärjestelmien yhteen toimivuuden vuoksi potilaskertomuksissa käytettävät rakenteet ja niiden käyttö tulee olla valtakunnallisesti yhteisesti sovittuja. Aikaisemmin tietojen hyödynnettävyyttä ovat vaikeuttaneet useat potilastietojärjestelmät ja saman potilastietojärjestelmän eri versiot. Tiedon rakenteisuuden asteen ollessa vähäisempää ja potilastiedon kirjaaminen pääasiallisesti vapaana tekstinä ovat heikentäneet tiedon yhteis- ja jatkokäyttömahdollisuuksia. (Lehtovirta ym. 2014.) Jefferiesin ym. (2010) mukaan hoitotyön kirjaukset ovat usein strukturoimattomia.

Rakenteista potilastietoa voidaan hyödyntää palvelujen toteutumisen arvioinnissa sekä oman organisaation toiminnan ohjauksessa ja seurannassa aikaisempaa tehokkaammin. Samalla se helpottaa valtakunnan tason lakiperusteista valvonta- ja seurantatehtävien toteuttamista. Kirjattua tietoa voidaan hyödyntää tehtäessä sähköisiä lääkemääräyksiä, läheteitä, hoitopalautteita, hoitoilmoituksia tai lakisääteisiä rekisteri-ilmoituksia. Sähköiseen potilaskertomukseen voidaan liittää rakenteiset tiedot, joiden käyttö mahdollistaa muun muassa hoito-ohjeiden hyödyntämisen ja virhe- tai vaaratilanteista varoittavan päätöksenteon tuen. Rakenteista tietoa voidaan käyttää lisäksi

kliinisessä tutkimuksessa, erilaisessa päätöksenteossa, laadun arvioinnissa ja kustannusten seurannassa. (Virkkunen ym. 2015.)

Sähköinen kirjaaminen helpottaa jäsentämään kirjaamista ja potilastietojen löytymistä sekä edistää potilasturvallista hoidon jatkuvuutta. Systemaattinen kirjaaminen parantaa hoitotietojen moniammatillista reaaliaikaista käyttöä ja saatavuutta. Lisäksi systemaattinen kirjaaminen auttaa hoitotyön toimintaprosessien, vaikuttavuuden, laadun ja kustannusten seurannan kehittämisessä. (Saranto 2007, Tantt ym. 2007.) Häyrinen ym. (2011) on todennut tutkimuksessaan, että hoitotyön sähköinen kirjaaminen edisti hoitotyön näkyvyyttä, yhtenäisten käsitteiden käyttöä ja hoitajien oikeusturvaa.

Potilastietojen tuottaminen sähköiseen muotoon parantaa potilaan oikeusturvaa ja mahdollistaa tietojen käytön seurannan tarkemmin kuin paperikertomuksessa. Potilastiedon käyttäjien yhteinen käsitteistö vähentää tulkintaepäselvyyksiä. Sähköisen potilaskertomuksen tietoja voidaan siirtää potilaan nähtäväksi valtakunnallisissa sähköisissä tietojärjestelmäpalveluissa (Omakanta) ja potilas voi tarkistaa kertyvän tiedon oikeellisuutta. Tulevaisuuden tavoitteena on, että potilas pystyy itse tuottamaan terveystietojaan, esimerkiksi ennen hoitokäyntiä. Tällä voi olla potilasta voimaannuttava tai sitouttava vaikutus osallistumisesta omaan hoitoon. (Lehtovirta ym. 2014.)

Hoitotyön kirjaamisen lähtökohtana on, että sama tieto kirjataan vain sovittuun kohtaan hoitokertomusta. Yhtenäisellä rakenteisella kirjaamisella voidaan vaikuttaa potilaan hoitoa koskevien tietojen hakuun potilaskertomusjärjestelmästä. Haulla voidaan liittää tiedot potilaaseen, erikoisalaan, ammattiryhmään, aikaan tai hoitoprosessin eri vaiheisiin. Erilaisilla hauilla tiedoista voidaan saada raportteja ja tilastoja muun muassa hoitoisuudesta ja hoitotyön luokitusten käytöstä. (Tantt & Rusi 2007.)

2.5 Potilaskeskeisyys

Potilaskeskeisyys tarkoittaa potilaan näkökulman huomioimista hoitosuhteen kaikissa vaiheissa ja potilas on mukana hoitoaan koskevassa päätöksenteossa. Potilaskeskeisyys sisältää ajattelu- ja toimintatavan, joka huomioi potilaan esittämät toiveet ja odotukset hoidon suunnittelun lähtökohtina. Oleellista on, että potilaan mielipide tulee kuulluksi ja kirjatuksi, hänen aikaisempia kokemuksia arvostetaan ja ne huomioidaan hoidon toteutuksessa. (Erkkilä 2012.) Larssonin ym. (2007) mukaan potilaan näkökulmasta osallistuminen omaan hoitoonsa koetaan arvokkaana ja tärkeänä. Potilaat pitävät sitä itsestään selvänä oikeutena, joka heille kuuluu.

Potilaskeskeinen hoitotyö on asiakkaan kannustamista itsenäisyyteen, hoitoasenteiden ja asiakkaan yksilöllisyyden huomioimista hoidossa sekä näihin liittyvät käyttäytymisen ulottuvuudet. Näitä ulottuvuuksia ovat kuunteleminen, vuorovaikutus, oppiminen/ohjaaminen, potilaan elämäntietojen huomioiminen, arvojen kunnioittaminen, tarpeisiin vastaaminen ja suhtautuminen potilaaseen ainutlaatuisena yksilönä. Nämä asiat tulee kirjata myös potilastietojärjestelmään. (Lusk & Fater 2013, Voutilainen ym. 2004.) Potilaiden ja perheiden yksilöllinen suhde hoitajiin vahvistaa hyvää ja terveyttä edistävää hoitotyötä. Potilasturvallisuus toteutuu kaikkein parhaiten, kun potilaalla on omahoitaja ja kotiuduttua perhe. (Felgen 2004.)

Potilaskeskeisyyden merkitystä hoitotyössä on korostettu sosiaali- ja terveydenhuollossa. McCormack ym. (2010) totesivat potilaskeskeisyyden rakenteen perustuvan ennakkoehtoihin, hoitoympäristöön ja hoitoprosessiin. Ennakkoehtoja olivat hoitohenkilökunnan ammatillinen pätevyys ja heidän itsetuntemuksensa. Yksilön, työryhmän tai organisaation arvojen tunnistaminen koettiin tärkeäksi ja niillä todettiin olevan vaikutusta hoitoprosessiin ja hoidon tuloksiin. Hoitoympäristön ominaisuuksilla oli merkitystä potilaskeskeisen hoitotyön toteutumisessa. Potilaskeskeisyydelle oli tyypillistä tarjota potilaalle vaihtoehtoja ja antaa hänelle valtaa valita. Hoitoprosessissa oli tärkeää vuorovaikutussuhteen vahvistuminen hoitohenkilökunnan ja potilaan välille. Voutilaisen ym. (2004) mukaan dokumentaatiokäytännöt heijastavat osaltaan sairaanhoitohenkilökunnan arvomaailmaa ja Laitinen (2014) toteaa hoitosuhteen läheisyyden mahdollistavan kohtaamisen, joka heijastuu potilaan ja hoitotyöntekijän välillä tapahtuvana vuoropuheluna, potilasta koskevien tietojen ajantasaisena informointina, yhdessä tekemisenä sekä potilaiden ja hoitajien välisenä yhteisenä päätöksentekona. Myös Felgenin (2004) mukaan hoitotyön dokumentointiin vaikuttavat hoitotyöntekijöiden asenteet, olettamukset ja työyhteisön ilmapiiri joko edistäen tai heikentäen potilaskeskeistä hoitotyötä. Yksikköjen erilaiset hoitotyön kulttuurit ovat havainnoitavissa hoitotyössä ja luettavissa potilasasiakirjoista.

Potilaskeskeisyys korostuu hoitotyössä ja sen kirjaamisessa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ottaa kantaa potilaan osallistamiseen hoitonsa suunnitteluun. Kiireettömässä hoidossa tulee aina laatia terveys- ja hoitosuunnitelma. Sen lähtökohtana on, että potilas on aktiivisesti mukana oman hoitonsa suunnittelussa ja tavoitteiden asettamisessa. Hoitosuunnitelmaan sisältyy hoidon tarpeen määrittely, tavoitteet, toteutuskeinot sekä arviointi tavoitteiden toteutumisesta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Kuitenkin Laitisen 2014 ja Lundgrén-Laineen ym. 2007 mukaan hoitotyön keskeisistä periaatteista potilas- ja perhekeskeisyys näkyy edelleen huonosti kirjaamisen sisällöissä. Voutilainen ym. (2004) mukaan hoitotyön kirjaaminen on kirjallinen todiste

hoitokäytännöistä ja kuvaa sairaanhoitajan vastuunottoa potilaasta. Tarkka dokumentointi on tärkeä edellytys yksilölliselle ja turvalliselle hoitotyölle, jotta tietoon voidaan luottaa.

Hoitotyön yksilöllisen kirjaamisen toteutumista voidaan tarkastella hoidon tarpeen, tavoitteen, toteutuksen ja arvioinnin näkökulmista. Hoidon tarve tulisi olla ilmaistuna potilaan kannalta muutoksena, riskinä, häiriönä, vaikeutena, heikentymisenä, heikkoutena, ongelmana, vähentymisenä, vähäisyytenä, vajeena, huolena, tuttuutena, haluna, toiveena, kiinnostuksena, innostuksena, valmiutena sisältäen vapaata tekstiä tai vähintään neljän eri tarpeen yksilöllisenä yhdistelmänä niukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä. Hoidon tavoite tulisi olla yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen ja se on ilmaistu potilaan konkreettisena tekemisenä sisältäen vapaata tekstiä tai vähintään neljän eri tavoitteen yksilöllinen yhdistelmä niukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä. Hoidon toteutus tulisi olla yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen, tavoitteeseen ja tavoitteen saavuttamiseksi suunniteltujen toimintojen toteuttamiseen. Hoidon tulos tulisi olla vertailua potilaan yksilöllisen tavoitteen saavuttamisesta ollen arvioivaa. (Kaila & Kuivalainen 2014.)

Hoitotyön kirjaamisen tapahtuessa potilaan kanssa tiedon aitous sekä ajantasainen tiedonsiirto mahdollistuu ja on siten välittömästi hoitohenkilökunnan luettavissa ja käytettävissä. Läheisyys hoitotyön kirjaamisessa edellyttää tietokoneen käyttöä potilaan vieressä. Läheisyyttä ilmentää myös hoitohenkilökunnan tyyli kirjoittaa potilaslähtöisesti. Asiat kirjoitetaan potilaiden käyttämin sanoin ja dokumentoidaan yhteisesti tehdyt päätökset. (Laitinen 2014.) Gugertyn ym. (2007) mukaan sairaanhoitajat olivat usein poissa potilaan viereltä, koska akuuteissa hoitotilanteista työajasta saattoi kulua 25-50% hoitotyön kirjaamiseen.

Etäisyys potilaisiin kasvaa hoitotyön kirjaamisissa silloin, kun tietokoneet sijaitsivat kaukana potilaasta ja välittömään kirjaamiseen ei ole mahdollisuutta. Hoitotyöntekijöiden kirjatessa muistiinpanoja paperilapulle ja siirtäessä tietoja myöhemmin virallisiin potilastietojärjestelmiin aiheuttaa viiveitä kirjoittamiselle ja lukemiselle. Viiveiden myötä syntyy tilanteita, jossa tärkeitä tietoja joko puuttui osittain tai kokonaan. (Laitinen 2014.)

Potilaskeskeinen kirjaaminen mahdollistaa potilaan osallisuuden, joka korostaa potilaan aktiivisesta osallistumista ja hänen mahdollisuutta saada tietoa, suunnitella hoitoaan, kertoa tarpeistaan, päättää asioistaan ja toimia omaan hoitoonsa toteuttajana. Osallistuminen hoitosuunnitelman tekoon hoitohenkilökunnan kanssa, lisää tunnetta siitä, että potilasta kunnioitetaan ja arvostetaan yksilönä. Päätöksentekoon osallistuminen parantaa hoidon laatua ja potilaskeskeistä toimintaa. Hoitotyön

kirjaamisessa on osallisuus huomioitava. (Kettunen & Kivinen 2013.) Potilaan tiedon tarpeet vaihtelevat, joka on huomioitava potilaskeskeisessä ohjauksessa. Potilaiden tulee saada riittävästi tietoa pystyäkseen huolehtimaan omasta hoidostaan myös kotona. Hoitohenkilöstön tulee räätälöidä antamansa ohjaus potilaan tietotason mukaisesti. Kirjallisen materiaalin suhteen on kuitenkin huomioitava niiden luettavuus, sopivuus ja ymmärrettävyys. Olennaista on, että valittava ohjausmenetelmä pystyy vastamaan kunkin potilaan tiedon tarpeeseen ja se ei ole kaikille potilaille sama. (Leino-Kilpi ym. 2009.) Myös Eloranta ym. (2014) korostavat potilasohjauksessa potilaan osallistumista itsensä hoitamiseen ja potilaan tulisi osallistua aktiivisesti ohjausprosessiinsa ja oman sairautensa hoidon tavoitteiden asettamiseen.

Potilaan yksilöllisen hoidon kannalta on tärkeää, että kirjaamisen rakenteet ohjaavat kirjaamaan potilaan ja myös hänen läheisen näkemykset. Potilaskeskeisessä kirjaamisessa tarkoitus on korostaa hoitamisen ja hoitotyön sisältöä nimenomaan potilaan ja hänen omaisten näkökulmasta. (Kärkkäinen 2007.) Kuitenkin Laitisen (2014) mukaan etäisyys potilaisiin korostui hoitotyön kirjaamisessa, koska hoitohenkilökunta kirjasi pääasiassa tiedot omina näkemyksinä potilaan tilasta tai tehtäväkeskeisesti kuvaten tehtyjä hoitotyön toimintoja.

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida hoitotyön rakenteisen kirjaamisen nykytilaa ja koulutusintervention vaikutusta hoitotyön rakenteisen kirjaamisen laatuun yhden keskussairaalan viidellä osastolla. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä hoitotyön rakenteista kirjaamista eri organisaatioissa ja hoitotyön koulutuksessa sekä soveltaa käytettyä koulutusinterventiota hoitotyön kirjaamiskoulutuksia suunniteltaessa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista on rakenteinen kirjaaminen vuodeosastoilla?
2. Miten hoitotyön rakenteinen kirjaaminen vuodeosastoilla muuttuu koulutusintervention jälkeen?

4. KOULUTUSINTERVENTIO

4.1 Koulutusintervention tavoitteet

Täydennyskoulutusvelvollisuutta ja jatkuvaa ammatillista kehittymistä korostetaan laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) 18§:ssä. Terveysdenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Terveysdenhuollon ammattihenkilön työnantajan tulee seurata terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillista kehittymistä ja luoda edellytykset sille, että terveydenhuollon ammattihenkilö voi osallistumalla tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen ja muilla ammatillisen kehittymisen menetelmillä ylläpitää ja kehittää tietojaan ja taitojaan voidakseen harjoittaa ammattiaan turvallisesti ja asianmukaisesti. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.) Hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta on todettu olevan hyötyä hoitotyössä, joten siihen kouluttamiseen tulisi panostaa. Kirjaamisen kehittäminen tulisi tapahtua organisaatiossa yhdessä hallinnon kanssa. (Törnvall ym. 2004.)

Tässä tutkimuksessa kuvatus koulutusintervention tavoitteena oli:

1. Edistää keskussairaalaissa hoitotyön rakenteista kirjaamista kansallisten ohjeiden suuntaisesti
2. Parantaa keskussairaalan rakenteisen kirjaamisen laatutasoa
3. Muodostaa yhtenäinen keskussairaalaissa käytettävä hoitotyön rakenteisen kirjaamisen malli
4. Lisätä tietoa hoitotyöntekijöiden kirjaamista ohjaavasta lainsäädännöstä
5. Lisätä tietoa hoitotyöntekijöille hoitotyön ydintietojen sisällöistä
6. Tukea hoitotyöntekijöitä potilaskeskeiseen hoitotyön kirjaamiseen

4.2 Koulutusintervention kuvaus

Koulutusinterventio koostui neljästä osa-alueesta, joita olivat yksiköille suunnattu asiantuntijan pitämä osastotunti, henkilöstölle suunnattu asiantuntijakoulutus, osastonhoitajille ja kirjaamisvastaaville suunnattu asiantuntijakoulutus sekä yksikköjen omat osastotunnit.

Henkilökunnan koulutus järjestettiin keskussairaalan tiloissa. Osastotunnit pidettiin yksikköjen omissa kokoustiloissa ja asiantuntijakoulutukset keskussairaalan luentoauditoriossa. Koulutustapahtumia oli osastotuntien muodossa (asiantuntija ja yksikköjen omat) yhteensä 11, jotka jakautuivat viidelle osastolle. Luentosalikoulutuksia oli yhteensä kuusi, joita oli kaksi eri sisältöistä.

Koulutukset olivat teoriapainotteisia. Koulutuksiin osallistuttiin vaihtelevasti eri yksiköistä. Tutkija toimi osittain myös asiantuntijakouluttajana. (taulukko 2.) Melenderin ja Häggman-Laitilan (2010) mukaan asiantuntijatehtävissä toimivien klinisen hoitotyön asiantuntijoiden, kouluttajien ja konsulttien käyttäminen koulutustehtävissä on melko vaikuttavaa hoitotyön eri koulutusinterventioissa.

Tässä tutkimuksessa koulutusinterventio suunniteltiin ja toteutettiin monivaiheisena koulutuksena. Tavoitteena oli yhtenäistää rakenteista kirjaamista koulutusinterventioiden avulla. Alkumittauksen tulosten pohjalta tutkija käynnisti koulutusintervention suunnittelun asiantuntijatyöryhmässä. Koulutusintervention suunnitteluun osallistuvat koulutussuunnittelija (AMK), ylihoitajat (n=2), organisaation kirjaamisvastaava osastonhoitaja, osastojen asiantuntijat (n=3), sairaalan tietohallinnon asiantuntija, sairaalan laatupäällikkö, Kannan Niko-työryhmän jäsen ja tutkija. Melenderin ja Häggman-Laitilan (2010) mukaan koulutusinterventiot ovat tuottaneet vaikuttavia tuloksia erilaisista oppisisällöistä, kouluttajista, teoreettisista lähestymistavoista ja didaktiivisista ratkaisuista huolimatta. On vaikea arvioida, mikä menetelmä tai lähestymistapa on vaikuttavin, koska useissa koulutusinterventioissa erilaisia menetelmiä käytettiin yhtä aikaa.

Koulutusintervention ensimmäisessä vaiheessa kesällä 2015 tutkija piti yhden tai kaksi osastotuntia jokaisella osastolla. Osastotuntien sisältö rakentui seuraavista osa-alueista; perusteet hoitotyön rakenteiselle ja yhtenäiselle kirjaamiselle, hoitotyön kirjaamisen auditointi -projektin tulokset, suositukset kansalliseen hoitotyön kirjaamiseen ja oman organisaation suositukset hoitotyön kirjaamisen rakenteista. Lisäksi esiteltiin erilaisia kirjaamisesimerkkejä. Osastotunneilla käytiin keskustelua kirjaamisen laatuksiteereistä, tavoitteista yhtenäistää hoitotyön rakenteista kirjaamista sekä yksikköjen omista kirjaamiskäytännöistä.

Toisessa vaiheessa syksyllä 2015 järjestettiin rakenteiseen kirjaamiseen liittyviä koulutustapahtumia kolme saman sisällöistä. Yksi koulutustapahtuma kesti kolme tuntia. Koulutustapahtuman sisältö oli jaettu kahteen osioon. Ensimmäisessä osassa koulutuksesta vastasi ammattikorkeakoulun hoitotyön opettaja. Sisältö koostui rakenteisen kirjaamisen lainsäädännöstä, hoitotyön prosessista, rakenteisuuden perusteista FinCC:stä ja potilaskeskeisyydestä. Toisessa osassa organisaation kirjaamisvastaava kertoi rakenteisesta kirjaamisesta omassa organisaatiossa ja havainnollisti rakenteita käytännön kirjaamisesimerkeillä. Koulutusohjelman muodostamisessa huomioitiin organisaation kirjaamisen auditointi -projektin tulokset vuodelta 2015 ja asiantuntijatyöryhmän näkökulmat.

Kolmannessa vaiheessa syksyllä 2015 järjestettiin osastojen kirjaamisvastaaville ja osastonhoitajille kaksi samansisältöistä koulutuspäivää. Koulutusasiantuntijat valittiin yhdessä suunnittelutyöryhmän kanssa. Samalla sovittiin koulutuksen sisältöalueista. Tavoitteena oli yhtenäistää hoitotyön rakenteista kirjaamista ja kannustaa potilas- ja perhekeskeiseen hoitotyön kirjaamiseen. Koulutuspäivä rakentui useasta osasta. Koulutuksesta vastasivat ulkopuoliset asiantuntija luennoitsijat ammattikorkeakoululta ja Terveystieteiden- ja hyvinvoinninlaitokselta sekä sisäiset asiantuntijat omasta organisaatiosta. Koulutuskokonaisuus sisälsi seuraavat aihe-alueet; ajan ja paikan merkitys sähköisessä dokumentoinnissa, potilas- ja perhekeskeisyys, kanta-arkistoon liittyviä ajankohtaisia asioita ja perusteita, rakenteinen kirjaaminen ja keskussairaalan kirjaamiskäytännöt.

Neljännessä vaiheessa tutkija selvitti kyselyllä, kuinka osastot ovat itse kouluttaneet tai kehittäneet hoitotyön kirjaamista alkumittauksen jälkeen ennen loppumittaus. Osastoilta kerättiin tiedot hoitotyön kirjaamiseen liittyvistä osastotunneista ja kehittämispäivistä. (taulukko 2.)

Taulukko 2. Koulutusinterventiot

	KOULUTUSINTERVENTIOT			
KOULUTUS	ASiantuntijan pitämä osastotunti	Asiantuntija- koulutus	Asiantuntija- koulutus	Yksikköjen omat osastotunnit
SISÄLTÖ	Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen auditointi ja kirjaamissuositus	Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen perusteet, lainsäädäntö ja käytäntö	Kanta-arkiston ajankohtaiset asiat ja rakenteinen kirjaaminen, dokumentoinnin merkitys, potilas- ja perhekeskeisyys kirjaamisessa sekä organisaation kirjaamiskäytäntö	Yksikön kirjaamiskäytäntö, yleistä kirjaamisesta ja fraasien päivittäminen
KOHDERYHMÄ	Osaston henkilökunta	Osaston henkilökunta	Osastonhoitajat ja kirjaamisvastaavat	Osaston henkilökunta
KOULUTTAJAT	Tutkija	AMK-opettaja Organisaation kirjaamisvastaava	Asiantuntija-luennoitsijat (n=2) Organisaation asiantuntijat (n=2)	Osastonhoitaja Osastonkirjaamisvastaava

Isot kirjaimet (A, B, C, D ja E) kuvaavat osastoja.

5. TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

5.1 Tutkimuksen aineisto ja aineiston keruu

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin hoitotyön rakenteista kirjaamista potilasasiakirjoista. Tutkimukseen valittiin viisi vuodeosastoa yhden keskussairaalan eri toimialueilta (psykiatria, konservatiivinen (n=2), operatiivinen ja päivystys). Tutkija oli yhteydessä osastojen osastonhoitajiin ajanjaksolla 23.2-6.3.2015. Tutkimukseen osallistuvien osastojen osastonhoitajille kerrottiin tutkimuksesta ja siihen kerättävästä tutkimusaineistosta. Samalla varmistetaan osastojen osallistuminen. Osallistuminen oli vapaaehtoista. Osastojen hoitotyöntekijät tiesivät osallistuvansa hoitotyön kirjaamiseen liittyvään tutkimukseen, mutta he eivät olleet tietoisia aineistonkeruun tarkasta ajankohdasta. Osastojen osastonhoitajat suhtautuivat tutkimukseen myönteisesti. Meijersin ym. (2006) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan näyttöön perustuvaa toimintaa edistäviä tekijöitä koulutuksen ohella ovat muun muassa hoitotyöntekijöiden positiivinen asenne tutkimustyöhön ja tutkimustoimintaan osallistuminen sekä organisaation myönteinen suhtautuminen tutkimustiedon käyttöön ja riittävä resurssien varaaminen siihen.

Tutkimusaineiston keruu toteutettiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto kerättiin alkumittausta varten ja toisessa vaiheessa koulutusintervention jälkeen loppumittausta varten. Alku- ja loppumittausaineisto kerättiin samoilta viideltä osastolta. Alkumittausaineistoon kerättiin 23.3-7.5.2015 väliseltä ajalta hoitotyön kertomukset ja yhteenvedot (n=30) päätyneiltä hoitajaksoilta, yhteensä 150 hoitotyön kertomusta ja yhteenvedoa. Loppumittausaineistoon kerättiin 4.1-29.2.2016 väliseltä ajalta hoitotyön kertomukset ja yhteenvedot (n=30) päätyneiltä hoitajaksoilta, yhteensä 150 hoitotyön kertomusta ja yhteenvedoa. Alku- ja loppumittausaineisto kerättiin samalla tavalla. Osastojen kirjaamisvastaavat tai osastonsihteerit tulostivat paperille alku- ja loppumittausaineistot osastojen kanssa sovitun käytännön mukaisesti. Tutkija haki osastoilta hoitotyön kertomustekstit itse tai ne lähetettiin tutkijalle. Lisäksi osastonhoitajat kokosivat osaston henkilökunnan kirjaamiskoulutuksien osallistumistiedot. Tietoja hyödynnettiin tutkimuksessa taustatiedoissa. Kerätyistä tiedoista muodostettiin tutkimuksen taustamuuttujat (taulukko 3). Taustamuuttujia olivat osastojen hoitohenkilökunnan ammatit, potilaspaikat ja koulutuksiin osallistujat.

5.2 Arviointilomake

Tässä tutkimuksessa aineiston käsittelyssä ja analyysissä käytettiin Kailan ja Kuivalaisen Suomessa kehittämää hoitotyön kirjaamisen arviointilomaketta (versio 31.3.2012). Arviointilomake sisälsi 15

rakenteisen kirjaamisen eri osiota, jotka olivat jaettu kolmeen osa-alueeseen: minimilaatutasoon, tavoitteelliseen kirjaamiseen ja yksilölliseen kirjaamiseen. **Ensimmäisessä vaiheessa** hoitotyön kirjaamisen minimilaatutasoa arvioitiin hoitotyön prosessin mukaisesti. Rakenteisen kirjaamisen minimilaatutasoa arvioitiin viidellä eri osiolla. Tässä arvioitavia osioita olivat *hoitotyön tarve*, *hoitotyön tavoitteet*, *hoitotyön toteutus* (hoitotyön toiminnot), *hoitotyön tulos/arviointi* sekä *hoitotyön yhteenvedo*. **Toisessa vaiheessa** arviointia syvennettiin tavoitteellisen kirjaamisen toteutumisen arviointiin hoitotyön prosessin mukaisesti. Rakenteisen kirjaamisen tavoitteellista kirjaamista arvioitiin viidellä eri osiolla. Tässä arvioitavia osioita olivat *suunnitellut toiminnot*, *suunnitellun toiminnon/auttamismenetelmän vaikutus*, *kirjatun tarpeen ja tavoitteen välinen yhteys*, *kirjatun tavoitteen ja toteutuksen välinen yhteys* sekä *kirjatun tavoitteen ja arvioinnin välinen yhteys*. (Kaila ym. 2014.)

Kolmannessa vaiheessa arviointia syvennettiin yksilöllisen kirjaamiseen suhteessa hoitotyön prosessiin. Rakenteisen kirjaamisen yksilöllistä kirjaamista arvioitiin viidellä eri osiolla. *Hoidon tarve* tuli olla ilmaistu potilaan kannalta muutoksena, riskinä, häiriönä, vaikeutena, heikentymisenä, heikkoutena, ongelmana, vähentymisenä, vähäisyytenä, vajeena, huolena, tuttuutena, haluna, toiveena, kiinnostuksena, innostuksena, valmiutena sisältäen vapaata tekstiä tai vähintään neljän eri tarpeen yksilöllinen yhdistelmä niukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä. *Hoidon tavoitteet* puolestaan tulivat olla yhteydessä potilaan yksilölliseen hoidon tarpeeseen ja se piti olla ilmaistu potilaan konkreettisena tekemisenä sisältäen vapaata tekstiä tai vähintään neljän eri tavoitteen yksilöllinen yhdistelmä niukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä. *Hoidon toteutus* tuli olla yhteydessä potilaan yksilölliseen hoidon tarpeeseen, tavoitteeseen ja tavoitteen saavuttamiseksi suunniteltujen toimintojen toteuttamiseen. *Hoidon tulos* oli vertailua potilaan yksilöllisen tavoitteen saavuttamisesta ollen arvioivaa. Viimeisessä osiossa vaadittiin, että osiot 1-14 oli arvioitu ”kyllä” ja sen lisäksi oli kirjattu hoitotyön kannalta olennaiset *yksilölliset asiat loogisesti* vähintään yksi yhteinen tekijä tai yksittäiseltä lyhyeltä poliklinikkakäynniltä riittää yksi yhteinen tekijä. (Kaila ym. 2014.)

Painopiste arvioinnissa oli tietosisältöjen ja käytettyjen otsikkojen yhteneväisyydessä. Arviointilomakkeessa vastattiin kysymyksiin joko ”kyllä” tai ”ei” kriteerien mukaisesti. ”Kyllä” vastaukseen tarvittiin myös vapaata tekstiä eli pelkkä komponentti ei riittänyt. Yhden hoitokertomuksen täyttäessä kaikki arviointikriteerit (15) maksimipistemäärä oli 15 ja taas toisaalta, jos ei yhtään kriteeriä täyttynyt, niin minimipistemäärä oli nolla. Kirjaamisen arviointilomake modifioitiin tätä tutkimusta varten niin, että yhteen lomakkeeseen sopi 30 hoitotyön kertomuksen ja yhteenvedon tiedot. Näin jokaisen osaston alku- ja loppumittaustulokset saatiin kahteen

lomakkeeseen. **Neljännessä vaiheessa** hoitotyön rakenteisen kirjaamisen kokonaislaatuasoa arvioitiin kaikilla 15 arviointikohteella. Kokonaislaatuasoa arvioitiin kertyneiden pisteiden/hoitokertomus perusteella (0-4,99= ei hyväksyttävä taso, 5-8,3= heikko taso, 8,31-11,6= hyvä taso ja 11,61-15= kiitettävä taso), jotka summattiin yhteen. Arviointilomake on muodostettu kolmesta erilaisesta aineistosta ja saatuja kriteerejä on verrattu kansainvälisiin mittareihin. Lomakkeen kehittämisvaiheessa asiantuntijaryhmä on arvioinut useilla eri mittauksilla sen luotettavuutta. Lisäksi lomakkeen vastaavuutta on testattu rinnakkaismittauksilla. (Kaila ym. 2014.)

5.3 Aineiston analyysi

Hoitotyönkertomusten arvioinnissa käytettiin vertaisauditointia osalle kertomustekstejä. Vertaisauditoina oli keskussairaalan kirjaamisvastaava. Tutkija ja vertaisauditoina arvioivat ensin erikseen neljä hoitotyön kertomustekstiä jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla osastolta, jonka jälkeen tarkastelivat yhdessä arvioinnin yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia. Näin tutkija muodosti yhtenevän tulkintalinjan, joka mukaili Kailan ja Kuivalaisen arviointikriteerejä. Hellsten ym. (2014) ovat todenneet, että kehittävä vertaiskäynti on samaan ammattiryhmään kuuluvien, samanlaisten työyksiköiden tai saman ongelman tai työalueen parissa työskentelevien kesken tapahtuvaa työn kehittämistä. Siihen liittyy myös kiinteänä osana itsearviointi. Kehittävällä vertaiskäynnillä on läheiset liittymäkohdat benchmarkingiin, josta se eroaa ennen kaikkea siinä, että arviointikumppaniksi haetaan samanlaisten asioiden kehittämisestä kiinnostunut kumppani.

Tämän jälkeen tutkija käsitteli tutkimusaineiston arviointiohjetta hyödyntäen ja muodosti arviointitulokset. Ongelmalliset kohdat tutkija merkitsi ja kävi vertaisarviointia niistä organisaation kirjaamisvastaavan kanssa. Tämän jälkeen tutkija kävi vielä kaikki hoitotyön kertomustekstit läpi varmistaen, ettei tulkinta ollut muuttunut aineiston käsittelyn aikana.

Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Hoitokertomukset ja yhteenvedot koodattiin niin alku- kuin loppumittausaineiston osalta. Näin tutkija pystyi palamaan alkuperäisaineistoon uudelleen ja tekemään tarkistukset. (Nummenmaa 2009.) Aineisto syötettiin IBM SPSS 23 for Windows-ohjelmaan. Aineistosta luotiin muuttujat, joita olivat alku- ja loppumittaus, osasto, minimikirjaamistaso, tavoitteellinen kirjaaminen, yksilöllinen kirjaaminen ja kirjaamisen kokonaistaso. Aineisto ei sisältänyt puuttuvia arvoja. Aineiston käsittely aloitettiin muuttujien jakaumien tarkastelulla. Tarkastelua tehtiin osastoittain, alku- ja loppumittauksien, minimilaatutason, tavoitteellisen kirjaamisen, yksilöllisen kirjaamisen ja kirjaamisen kokonaistason osalta.

Osastojen kirjaamisen toteutumista analysoitiin jokaisen arvioitavan kohteen (n=15) osalta. Aineiston eri osa-alueiden tasoja ja siinä tapahtuvia muutoksia tarkasteltiin frekvenssien, prosenttijakaumien, mediaanien ja kvartiilien avulla. Näitä eri tasoja olivat minimilaatutaso, tavoitteellinen kirjaaminen ja yksilöllinen kirjaaminen sekä kirjaamisen kokonaistaso. Lisäksi kokonaistasoa tarkasteltiin Kailan ja Kuivalaisen (2014) laatiman neliportaisen luokittelun mukaan. Kokonaispisteiden luokittelu modifioitiin IBM SPSS 23.0 ohjelmistolle sopiviksi kokonaisluvuiksi. Uudelleen luokittelun jälkeen pisteet 0-4 tarkoitti ei hyväksyttävää tasoa, pisteet 5-8 tarkoitti heikkoa tasoa, pisteet 9-11 tarkoitti hyvää tasoa ja pisteet 12-15 tarkoitti kiitettävää tasoa. Muutosta tarkasteltiin ristiintaulukoinnin, Khiin neliö -testin ja Mann-Whitney U -testin avulla (vinosti jakautuneet muuttujat). Analyysissä käytettiin IBM SPSS 23 for Windows-ohjelmaa, jolla pystytään tekemään aineiston analyysiä vertailemalla muuttujia alku- ja loppumittauksen välillä. Tilastollisen merkitsevyyden raja oli $p < 0.05$. (Hirsjärvi ym. 2009, Vilkkä 2007.)

6. TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Tutkimukseen osallistuvien osastojen taustamuuttujat

Tutkimukseen osallistui yhdestä keskussairaalaasta viisi osastoa, jotka olivat keskussairaalan eri toimialueilta. Osastot on nimetty tässä tutkimuksessa isoilla kirjamilla A, B, C, D ja E. Osastoja koskevia tietoja on kuvattu taulukossa 3.

Osastojen henkilökunta osallistui vaihtelevasti järjestettyihin koulutustapahtumiin (taulukko 3). Osastojen omilla osastotunneilla käsiteltiin hoitotyön rakenteista kirjaamista nollasta kahteen kertaan ja niihin osallistuminen oli vaihtelevaa. Osastonhoitajille ja osastojen kirjaamisvastaaville järjestettyyn koulutukseen osallistui joka osastolta muutamia henkilöitä. Koko henkilökunnalle järjestettyyn koulutukseen osallistuminen oli vaihtelevaa. Lisäksi asiantuntijan pitämälle osastotunnille henkilökuntaa osallistui noin puolet joka osastolta.

Taulukko 3. Taustamuuttujat ja koulutuksiin osallistuminen osastottain

Taustamuuttujat	Osasto				
	A n	B n	C n	D n	E n
Ammatti					
Sairaanhoitaja	20	6	17	13	17
Muu hoitotyöntekijä	5	8	7	11	5
Apulaisosastonhoitaja	1	1	1	1	1
Osastonhoitaja	1	1	1	1	1
Potilaspaikat	30	15	22	21	34
Osallistujat koulutuksiin					
Osaston omat osastotunnit	30	-	11	10	6
Osastonhoitajien ja kirjaamisvastaavien koulutus	2	4	2	3	3
Koko henkilökunnan koulutus	28	8	13	2	14
Asiantuntijan pitämät osastotunnit	15	8	10	10	19

6.2 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen

6.2.1 Minimilaatutaso

Kirjaamisen minimilaatutasoa arvioitiin viidellä eri osiolla (taulukko 4). Näitä olivat hoitotyön tarve, hoitotyön tavoitteet, hoitotyön toiminnot, hoitotyön tulokset ja hoitotyön yhteenveto (asteikko

0-5). Kirjaamisen minimilaatutaso parani neljällä osastolla tilastollisesti merkitsevästi koulutusintervention jälkeen. Yhdellä osastolla kirjaamisen minimilaatutaso pysyi samalla tasolla koulutusintervention jälkeen. Kirjaamisen minimilaatutaso parani tilastollisesti merkitsevästi koulutusintervention jälkeen (Md=5, Q₁=4, Q₃=5, p<0.001).

Taulukko 4. Minimilaatutaso

Minimilaatutaso										
Osasto	Alkumittaus				Loppumittaus				p-arvo	Mann-Whitney U
	n	Md	Q₁	Q₃	n	Md	Q₁	Q₃		
Osasto A	30	3	3	4	30	4	3	4	0.016	309.0
Osasto B	30	3	1	4	30	1	1	4	0.217	373.0
Osasto C	30	3.5	3	4	30	5	4.75	5	<0.001	52.5
Osasto D	30	3	3	4	30	5	5	5	<0.001	72.0
Osasto E	30	4	4	4	30	5	5	5	<0.001	0.0
Yhteensä	150	4	3	4	150	5	4	5	<0.001	5502.0

Mann-Whitney U = 5502.0, p<0.001.

Minilaatutason kirjaamisen laatua arvioitiin asteikolla 0-5 (0= ei yhtään kriteerien mukaista hyväksyttyä kirjausta - 5= viisi kriteerien mukaista hyväksyttyä kirjausta). n = hoitokertomusten määrä, Md = mediaani, Q₁ = alakvartiili, Q₃ = yläkvartiili.

Alkumittauksessa 91%:ssa minimilaatutason pisteet olivat välillä 3-4, kun loppumittauksessa 82%:ssa pisteet olivat välillä 4-5 (taulukko 5).

Taulukko 5. Minimilaatutason jakauma

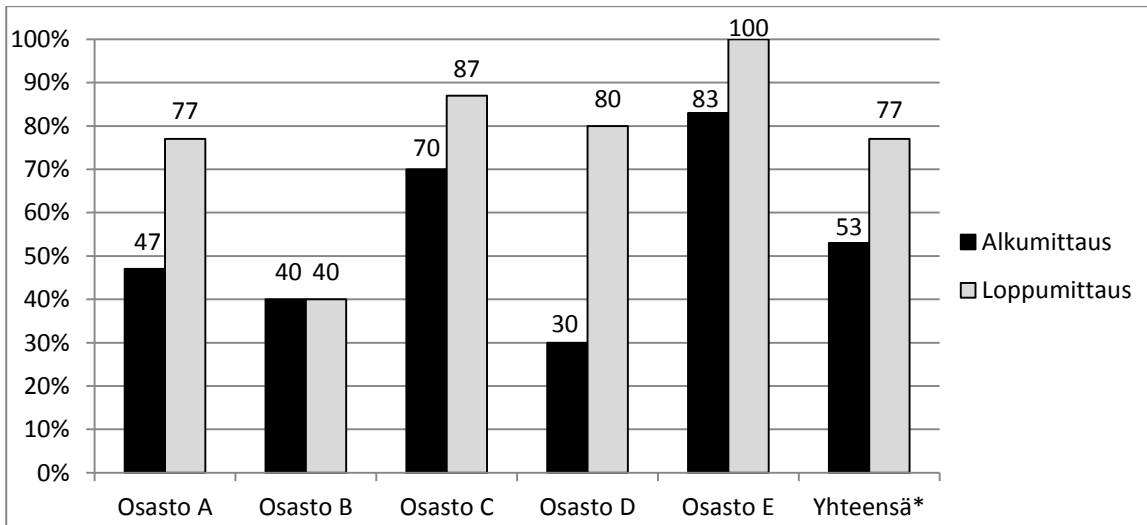
Minimilaatutaso					
Pisteet	Alkumittaus		Loppumittaus		Yhteensä
	n	%	n	%	n
0	0	0	0	0	0
1	10	6.7	17	11.3	27
2	1	0.7	2	1.3	3
3	62	41.3	8	5.3	70
4	75	50.0	46	30.7	121
5	2	1.3	77	51.3	79
Yhteensä	150	100	150	100	300

Minilaatutason kirjaamisen laatua arvioitiin asteikolla 0-5 (0= ei yhtään kriteerien mukaista hyväksyttyä kirjausta - 5= viisi kriteerien mukaista hyväksyttyä kirjausta). n = hoitokertomusten määrä, % = prosenttijakauma.

Hoitotyön tarve

Hoitotyön tarpeen kirjauksissa oli osastokohtaisia eroja alk- ja loppumittauksissa (kuvio 1). Neljällä osastolla hoitotyön tarvetta kirjattiin enemmän koulutusintervention jälkeen. Yhdellä osastolla ei tapahtunut muutosta hoitotyön tarpeen kirjaamisessa koulutusintervention jälkeen.

Hoitotyön tarvetta kirjattiin tilastollisesti merkitsevästi enemmän koulutusintervention jälkeen ($p < 0.001$).

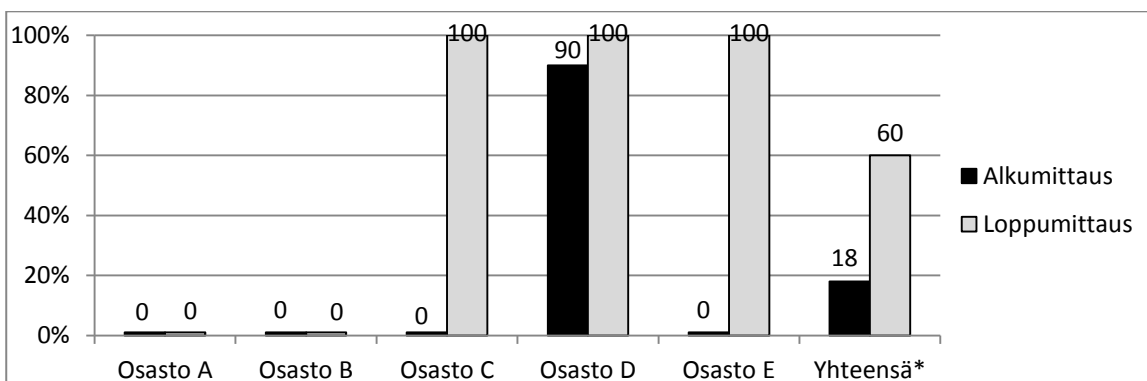


Kuvio 1. Hoitotyön tarve (%)

* $\chi^2 = 17.013$, $df = 1$, $p < 0.001$. Hoitotyön tarpeen kirjaamista arvioitiin asteikolla 0 tai 1 (0 ei kriteerit täyttävää kirjausta ja 1 kriteerit täyttävä kirjaus).

Hoitotyön tavoitteet

Hoitotyön tavoitteiden kirjauksissa oli osastokohtaisia eroja alku- ja loppumittauksissa (kuvio 2). Alkumittauksessa hoitotyön tavoitteet kirjasi yksi osasto kirjasi 90%:iin hoitotyön kertomuksista ja muut neljä osastoa 0%:iin hoitotyön kertomuksista. Loppumittauksessa hoitotyön tavoitteet kirjasi kaikkiin hoitotyön kertomuksiin kolme osastoa ja kaksi osastoa eivät kirjanneet hoitotyön tavoitteita lainkaan. Hoitotyön tavoitteita kirjattiin tilastollisesti merkitsevästi enemmän koulutusintervention jälkeen ($p < 0.001$).



Kuvio 2. Hoitotyön tavoitteet (%)

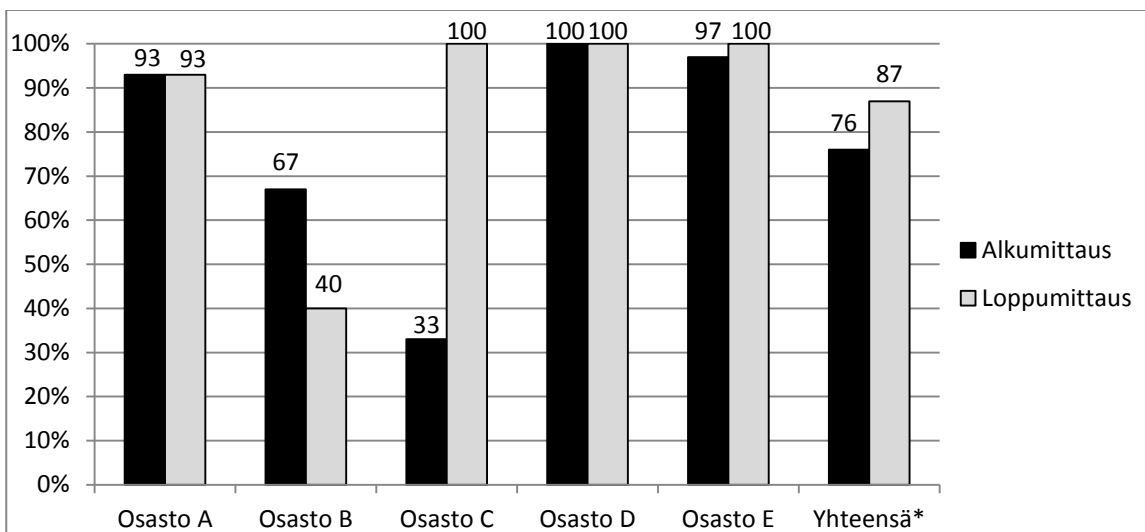
* $\chi^2 = 55.612$, $df = 1$, $p < 0.001$. Hoitotyön tavoitteiden kirjaamista arvioitiin asteikolla 0 tai 1 (0 ei kriteerit täyttävää kirjausta ja 1 kriteerit täyttävä kirjaus).

Hoitotyön toiminnot

Hoitotyön toimintojen kirjauksissa ei ollut osastokohtaisia eroja. Kaikilla viidellä osastolla hoitotyön toimintojen kirjaaminen säilyi ennallaan loppumittauksessa. Hoitotyön toiminnot kirjattiin ohjeiden mukaisesti alku- ja loppumittauksissa.

Hoitotyön tulokset

Hoitotyön tulosten kirjauksissa oli osastokohtaisia eroja alku- ja loppumittauksissa (kuvio 3). Alkumittauksessa kolmella osastolla oli hoitotyön tulokset kirjattu vähintään 93%:iin hoitotyön kertomuksista. Toisaalta yhdellä osastolla hoitotyön tulokset oli kirjattu kahteen kolmesta hoitokertomuksesta ja yhdellä osastolla joka kolmanteen hoitokertomukseen. Koulutusintervention jälkeen neljällä osastolla oli hoitotyön tulokset kirjattu sille määriteltyyn kohtaan vähintään 93%:sti. Yhdellä osastolla hoitotyön tuloksia oli kirjattu vähemmän koulutusintervention jälkeen. Hoitotyön tuloksia kirjattiin tilastollisesti merkitsevästi enemmän koulutusintervention jälkeen ($p=0.018$).



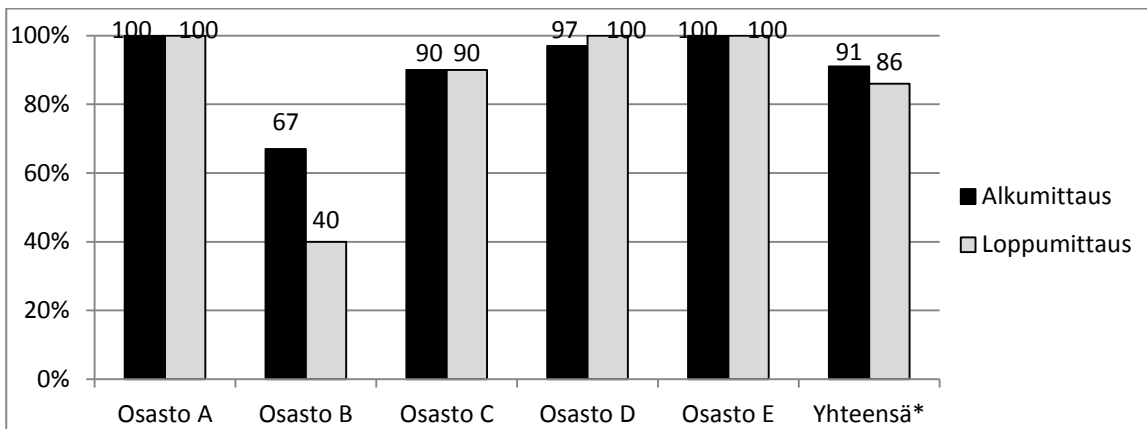
Kuvio 3. Hoitotyön tulokset (%)

* $\chi^2 = 5.621$, $df = 1$, $p=0.018$. Hoitotyön tuloksien kirjaamista arvioitiin asteikolla 0 tai 1 (0 ei kriteerit täyttävää kirjausta ja 1 kriteerit täyttävä kirjaus).

Hoitotyön yhteenvedo

Hoitotyön yhteenvedon kirjauksissa oli osastokohtaisia eroja alku- ja loppumittauksissa (kuvio 4). Alkumittauksissa neljällä osastolla oli hoitotyön yhteenvedo kirjattu vähintään 90%:iin hoitotyön kertomuksista. Yhdellä osastolla hoitotyön yhteenvedo oli kirjattu kahteen kolmesta hoitokertomuksesta. Koulutusintervention jälkeen neljällä osastolla oli hoitotyön yhteenvedo

kirjattu edelleen vähintään 90%:iin hoitotyön kertomuksista. Yhdellä osastolla hoitotyön yhteenvedoa oli kirjattu vähemmän koulutusintervention jälkeen.



Kuvio 4. Hoitotyön yhteenvedo (%)

* $\chi^2 = 1.585$, $df = 1$, $p = 0.208$. Hoidon tuloksien kirjaamista arvioitiin asteikolla 0 tai 1 (0 ei kriteerit täyttävää kirjausta ja 1 kriteerit täyttävä kirjaus).

6.2.2 Tavoitteellinen kirjaaminen

Hoitotyön tavoitteellista kirjaamista arvioitiin viidellä eri osiolla (taulukko 6). Näitä olivat hoitosuunnitelma, hoitosuunnitelman arviointi, hoidon tarpeen ja tavoitteen välinen yhteys, hoidon tavoitteen ja toteutuksen välinen yhteys sekä hoidon toteutuksen ja tulosten välinen yhteys (asteikko 0-5). Koulutusintervention jälkeen tavoitteellinen kirjaaminen parani tilastollisesti merkitsevästi kolmella osastolla. Yhdellä osastolla tavoitteellinen kirjaaminen säilyi ennallaan. Yhdellä osastolla tavoitteellinen kirjaaminen väheni. Tavoitteellinen kirjaaminen parani tilastollisesti merkitsevästi koulutusintervention jälkeen ($Md = 4.5$, $Q_1 = 2$, $Q_3 = 5$, $p < 0.001$).

Taulukko 6. Tavoitteellinen kirjaaminen

Osasto	Tavoitteellinen kirjaaminen								P-arvo	Mann-Whitney U
	Alkumittaus				Loppumittaus					
	n	Md	Q ₁	Q ₃	n	Md	Q ₁	Q ₃		
Osasto A	30	2	2	2	30	2	2	2	0.492	420.0
Osasto B	30	2	1	2	30	1	1	2	0.124	360.0
Osasto C	30	2	2	2	30	5	5	5	< 0.001	0.0
Osasto D	30	2.5	2	3	30	5	4	5	< 0.001	59.0
Osasto E	30	2	2	2	30	5	5	5	< 0.001	0.0
Yhteensä	150	2	2	2	150	4.5	2	5	< 0.001	5705.5

Mann-Whitney U = 5705.5, $p < 0.001$.

Tavoitteellista kirjaamisen laatua arvioitiin asteikolla 0-5 (0= ei yhtään kriteerien mukaista hyväksyttyä kirjausta - 5= viisi kriteerien mukaista hyväksyttyä kirjausta). n = hoitokertomusten määrä, Md = mediaani, Q₁ = alakvartiili, Q₃ = yläkvartiili.

Alkumittauksessa tavoitteellisen kirjaamisen pisteet olivat 90%:ssa välillä 1-2, kun loppumittauksessa pisteet olivat 40%:ssa välillä 1-2 ja 59%:ssa välillä 4-5 (taulukko 7).

Taulukko 7. Tavoitteellisen kirjaamisen jakauma

Tavoitteellinen kirjaaminen					
Pisteet	Alkumittaus		Loppumittaus		Yhteensä
	n	%	n	%	n
0	0	0	0	0	0
1	29	19.3	22	14.7	51
2	106	70.7	38	25.3	144
3	10	6.7	2	1.3	12
4	3	2.0	13	8.7	16
5	2	1.3	75	50.0	77
Yhteensä	150	100	150	100	300

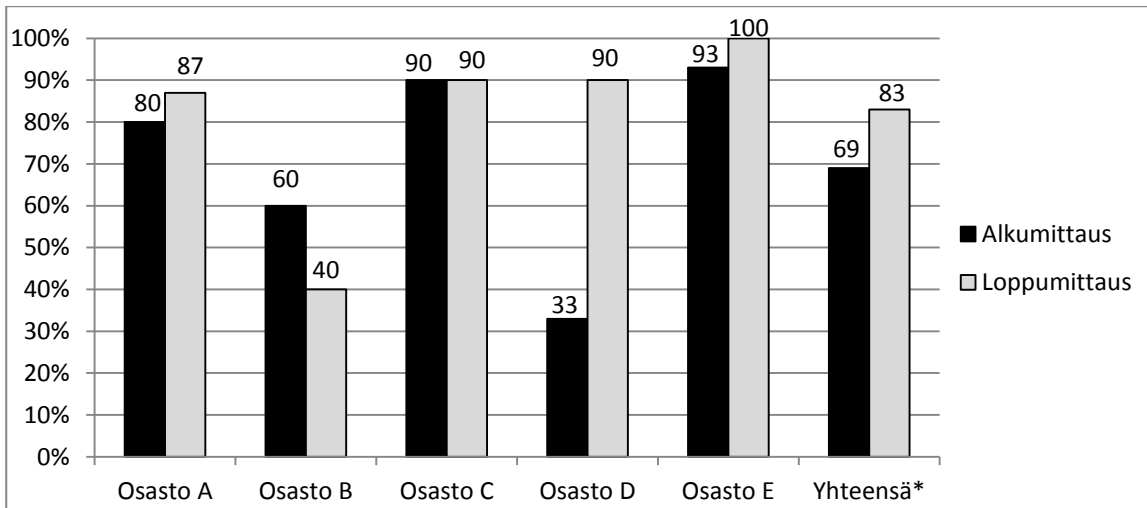
Tavoitteellisen kirjaamisen laatua arvioitiin asteikolla 0-5 (0= ei yhtään kriteerien mukaista hyväksyttyä kirjausta - 5= viisi kriteerien mukaista hyväksyttyä kirjausta). n = hoitokertomusten määrä, % = prosenttijakauma.

Hoitosuunnitelma

Hoitosuunnitelman kirjauksissa ei ollut osastokohtaisia eroja. Kaikilla osastoilla tehtiin hoitosuunnitelmat kaikkiin hoitokertomuksiin ja ne kirjattiin ohjeiden mukaisesti alku- ja loppumittauksissa.

Hoitosuunnitelman arviointi

Hoitosuunnitelman arvioinnin kirjauksissa oli osastokohtaisia eroja alku- ja loppumittauksissa (kuvio 5). Alkumittauksissa kolmella osastolla oli kirjattu hoitosuunnitelman arviointia vähintään neljään viidestä hoitokertomuksista. Yhdellä osastolla hoitosuunnitelman arviointia oli kirjattu kahteen kolmesta ja yhdellä osastolla yhteen kolmesta hoitotyön kertomuksista. Koulutusintervention jälkeen neljällä osastolla oli hoitosuunnitelman arviointia kirjattu vähintään 87%:iin hoitotyön kertomuksista. Yhdellä osastolla hoitosuunnitelman arviointia oli kirjattu vähemmän kuin alkumittauksessa. Hoitosuunnitelman arviointia kirjattiin tilastollisesti merkitsevästi enemmän koulutusintervention jälkeen ($p=0.007$).

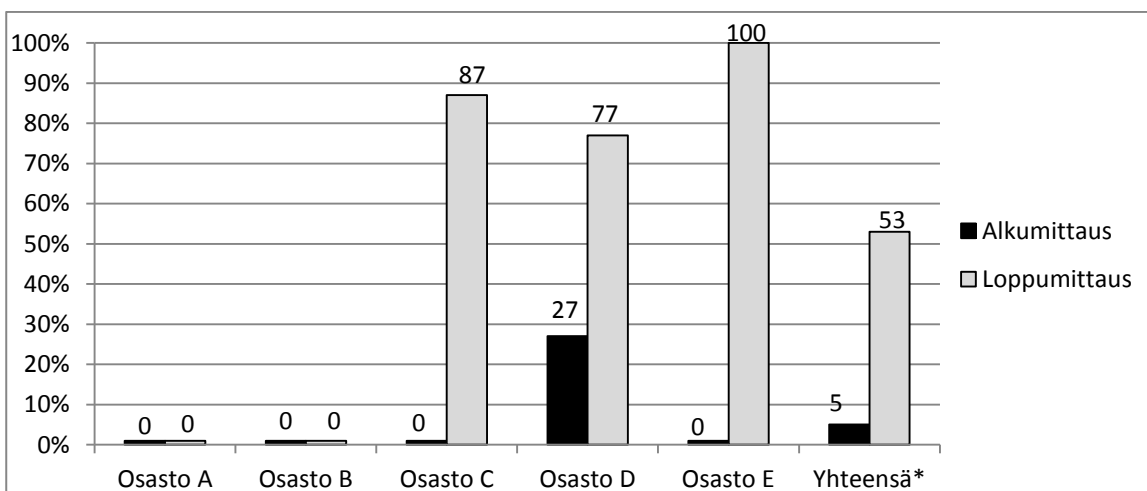


Kuvio 5. Hoitosuunnitelman arviointi %

* $\chi^2 = 7.31$, $df = 1$, $p = 0.007$. Hoitosuunnitelman arvioinnin kirjaamista arvioitiin asteikolla 0 tai 1 (0 ei kriteerit täyttävää kirjausta ja 1 kriteerit täyttävä kirjaus).

Hoidon tarpeen ja tavoitteiden välinen yhteys

Hoidon tarpeen ja tavoitteiden välisen yhteyden kirjaamisessa oli osastokohtaisia eroja alku- ja loppumittauksissa (kuvio 6). Alkumittauksissa yhdellä osastolla oli kirjattu hoidon tarpeen ja tavoitteiden välinen yhteys joka neljanteen hoitokertomukseen. Muilla neljällä osastolla tätä yhteyttä ei ollut kirjattu lainkaan alkumittauksessa. Koulutusintervention jälkeen kolmella osastolla oli hoidon tarpeen ja tavoitteiden välinen yhteys kirjattu ainakin kolmeen neljästä hoitokertomuksesta. Kahdella osastolla hoidon tarpeen ja tavoitteiden välistä yhteyttä ei kirjattu lainkaan. Hoidon tarpeen ja tavoitteiden välistä yhteyttä kirjattiin tilastollisesti merkitsevästi enemmän koulutusintervention jälkeen ($p < 0.001$).

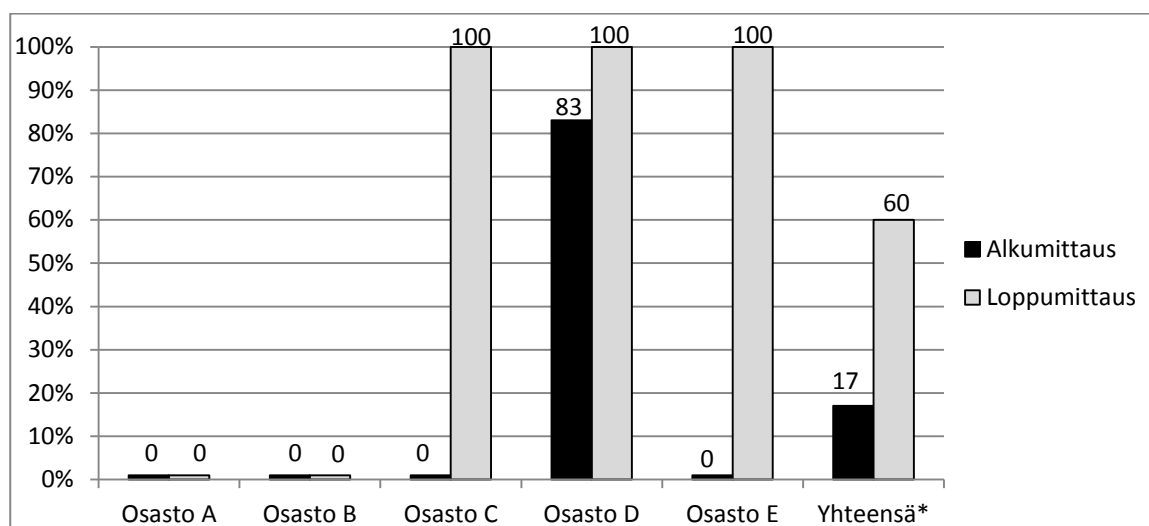


Kuvio 6. Hoidon tarpeen ja tavoitteiden välinen yhteys (%)

* $\chi^2 = 81.609$, $df = 1$, $p < 0.001$. Hoidon tarpeen ja tavoitteiden välistä yhteyttä arvioitiin asteikolla 0 tai 1 (0 ei kriteerit täyttävää kirjausta ja 1 kriteerit täyttävä kirjaus).

Hoidon tavoitteiden ja toteutuksen välinen yhteys

Hoidon tavoitteiden ja toteutuksen välisen yhteyden kirjaamisessa oli osastokohtaisia eroja alku- ja loppumittauksissa (kuvio 7). Alkumittauksissa yhdellä osastolla hoidon tavoitteet ja toteutus oli kirjattu neljään viidestä hoitokertomuksesta. Muilla neljällä osastolla tätä yhteyttä ei ollut kirjattu lainkaan alkumittauksessa. Koulutusintervention jälkeen kolmella osastolla oli hoidon tavoitteiden ja toteutuksen välinen yhteys kirjattu kaikkiin hoitokertomuksiin. Kahdella osastolla hoidon tavoitteiden ja toteutuksen välistä yhteyttä ei kirjattu lainkaan. Hoidon tavoitteiden ja toteutuksen välistä yhteyttä kirjattiin tilastollisesti merkitsevästi enemmän koulutusintervention jälkeen ($p < 0.001$).

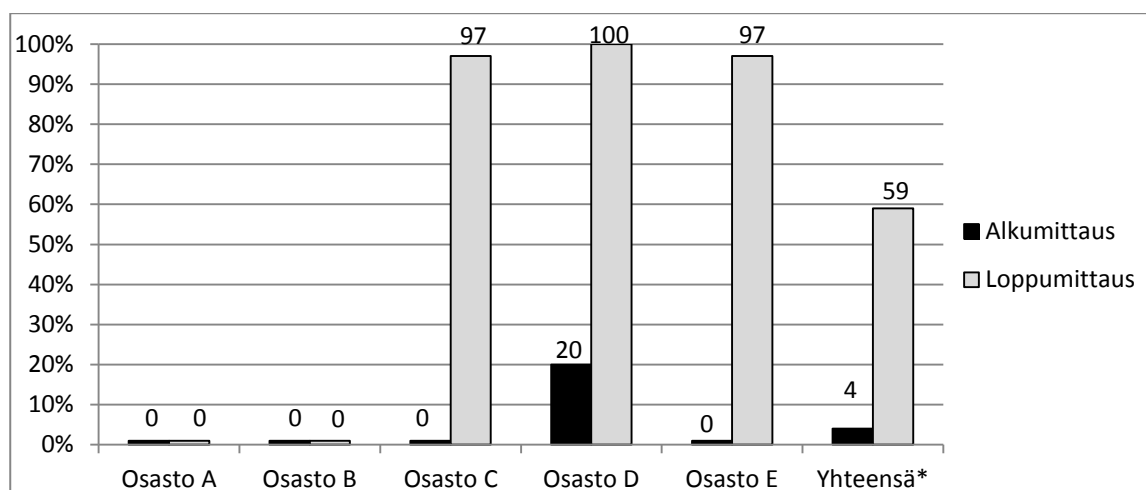


Kuvio 7. Hoidon tavoitteen ja toteutuksen välinen yhteys (%)

* $\chi^2 = 59.577$, $df = 1$, $p < 0.001$. Hoidon tavoitteiden ja toteutuksen välistä yhteyttä arvioitiin asteikolla 0 tai 1 (0 ei kriteerit täyttävää kirjausta ja 1 kriteerit täyttävä kirjaus).

Hoidon toteutuksen ja hoitotulosten välinen yhteys

Hoidon toteutuksen ja hoitotulosten välisen yhteyden kirjaamisessa oli osastokohtaisia eroja alku- ja loppumittauksissa (kuvio 8). Alkumittauksissa yhdellä osastolla hoidon toteutuksen ja tulosten välinen yhteys oli joka viidennessä hoitokertomuksessa. Muilla neljällä osastolla tätä yhteyttä ei ollut kirjattu alkumittauksessa. Koulutusintervention jälkeen kolmella osastolla oli hoidon toteutuksen ja hoitotulosten välinen yhteys kirjattu vähintään 97%:iin hoitotyön kertomuksista. Kahdella osastolla hoidon toteutuksen ja tulosten välistä yhteyttä ei ollut kirjattu lainkaan. Hoidon toteutuksen ja tulosten välistä yhteyttä kirjattiin tilastollisesti merkitsevästi enemmän koulutusintervention jälkeen ($p < 0.001$).



Kuvio 8. Hoidon toteutuksen ja hoitotulosten välinen yhteys (%)

* $\chi^2 = 104.173$, $df = 1$, $p < 0.001$. Hoidon toteutuksen ja hoitotulosten välistä yhteyttä arvioitiin asteikolla 0 tai 1 (0 ei kriteerit täyttävää kirjausta ja 1 kriteerit täyttävä kirjaus).

6.2.3 Yksilöllinen kirjaaminen

Yksilöllistä kirjaamista arvioitiin viidellä eri osiolla (taulukko 8). Näitä olivat potilaan yksilöllinen hoidon tarve, potilaan yksilöllisen hoidon tarpeen ja tavoitteiden välinen yhteys, potilaan yksilöllisen hoidon toteutuksen yhteys hänen yksilölliseen hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin, potilaan hoidon arvioinnin yhteys hänen yksilölliseen hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin sekä kaikkien arvioitavien tekijöiden looginen kirjaaminen (asteikko 0-5). Koulutusintervention jälkeen yksilöllinen kirjaaminen parani tilastollisesti merkitsevästi yhdellä osastolla ja neljällä osastolla yksilöllinen kirjaaminen säilyi ennallaan. Yksilöllinen kirjaaminen parani tilastollisesti merkitsevästi koulutusintervention jälkeen ($Md=1$, $Q_1=0$, $Q_3=1$, $p=0.001$).

Taulukko 8. Yksilöllinen kirjaaminen

Yksilöllinen kirjaaminen										
Osasto	Alkumittaus				Loppumittaus				p-arvo	Mann-Whitney U
	n	Md	Q ₁	Q ₃	n	Md	Q ₁	Q ₃		
Osasto A	30	0.5	0	1	30	1	0	1	0.065	345.0
Osasto B	30	0	0	1	30	0	0	1	0.792	435.0
Osasto C	30	0	0	1	30	0	0	1	0.534	415.0
Osasto D	30	1	0	3	30	5	1	5	< 0.001	187.0
Osasto E	30	1	0	1	30	1	0	5	0.153	360.0
Yhteensä	150	1	0	1	150	1	0	1	0.001	8966.0

Mann-Whitney U = 8966.0, $p = 0.001$.

Yksilöllistä kirjaamisen toteutumista arvioitiin asteikolla 0-5 (0= ei yhtään kriteerien mukaista hyväksyttyä kirjausta - 5= viisi kriteerien mukaista hyväksyttyä kirjausta). n = hoitokertomusten määrä, Md = mediaani, Q₁ = alakvartiili, Q₃ = yläkvartiili.

Koulutusintervention jälkeen 16%:ssa hoitokertomuksista oli huomioitu kaikki yksilölliset tekijät, kun alkumittauksessa näitä ei ollut lainkaan. Alkumittauksessa tavoitteellisen kirjaamisen pisteet olivat 95%:lla välillä 0-1, kun loppumittauksessa oli 76%:lla välillä 0-1 ja 19%:lla välillä 3-5 (taulukko 9).

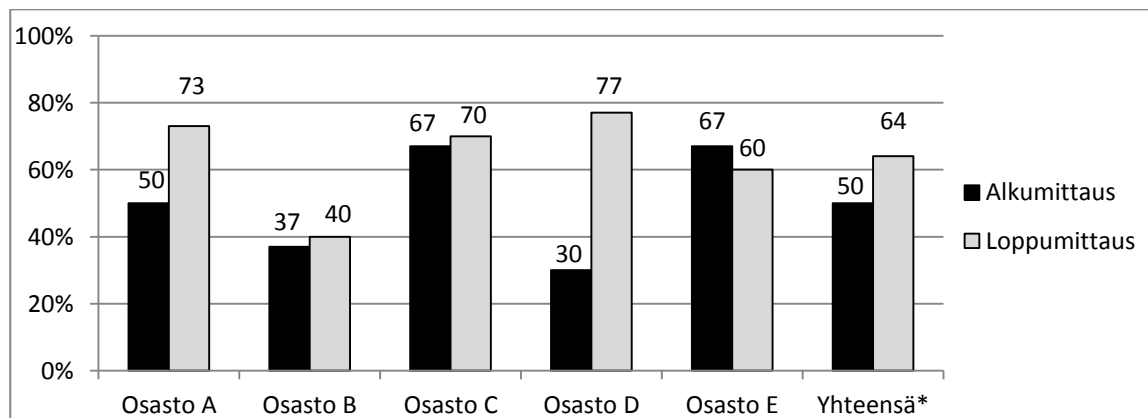
Taulukko 9. Yksilöllisen kirjaamisen jakauma

Pisteet	Yksilöllisen kirjaaminen				Yhteensä
	Alkumittaus		Loppumittaus		
	n	%	n	%	
0	68	45.3	53	35.3	121
1	74	49.3	61	40.7	135
2	0	0	7	4.7	7
3	6	4.0	3	2.0	9
4	2	1.3	2	1.3	4
5	0	0	24	16.0	24
Yhteensä	150	100	150	100	300

Yksilöllisen kirjaamisen laatua arvioitiin asteikolla 0-5 (0= ei yhtään kriteerien mukaista hyväksyttyä kirjausta - 5= viisi kriteerien mukaista hyväksyttyä kirjausta). n=hoitokertomusten määrä, %=prosenttijakauma.

Potilaan yksilöllinen hoidon tarve

Potilaan yksilöllisen hoidon tarpeen kirjaamisessa oli osastokohtaisia eroja alku- ja loppumittauksissa (kuvio 9). Alkumittauksessa kahdella osastolla potilaan yksilöllinen tarve oli kirjattu kahteen kolmesta, yhdellä osastolla joka toiseen ja kahdella osastolla joka kolmanteen hoitokertomukseen. Koulutusintervention jälkeen kolmella osastolla oli potilaan yksilöllinen hoidon tarve kirjattu kolmeen neljästä hoitokertomuksissa. Yhdellä osastolla hieman yli puoleen ja yhdellä osastolla hieman alle puoleen hoitokertomuksista. Potilaan yksilöllisen hoidon tarvetta kirjattiin tilastollisesti merkitsevästi enemmän koulutusintervention jälkeen ($p=0.014$).

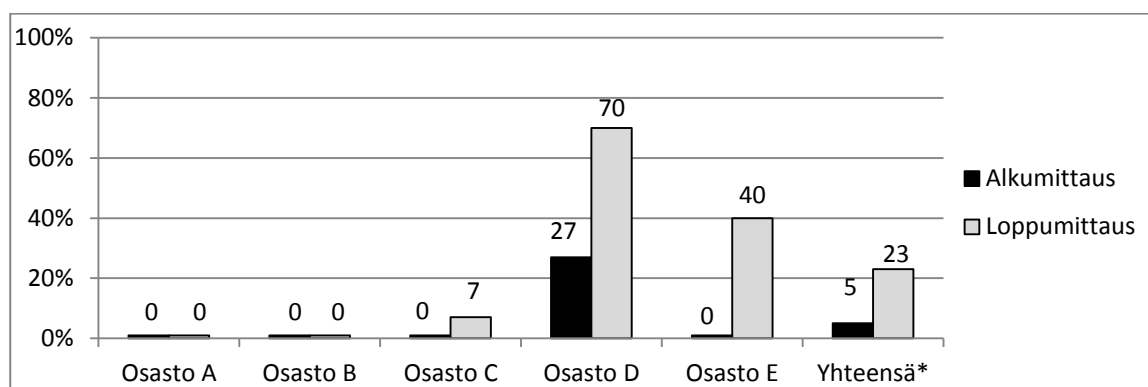


Kuvio 9. Potilaan tarpeen yksilöllisyys (%)

* $\chi^2 = 5.998$, $df = 1$, $p=0.014$. Potilaan tarpeen yksilöllisyyttä arvioitiin asteikolla 0 tai 1 (0 ei kriteerit täyttävää kirjausta ja 1 kriteerit täyttävä kirjaus).

Potilaan yksilöllisen hoidon tarpeen ja tavoitteiden välinen yhteys

Potilaan yksilöllisen hoidon tarpeen ja tavoitteen välisen yhteyden kirjaamisessa oli osastokohtaisia eroja alku- ja loppumittauksissa (kuvio 10). Alkumittauksessa yhdellä osastolla potilaan yksilöllisen hoidon tarpeen ja tavoitteiden välinen yhteys oli kirjattu joka neljanteen hoitokertomukseen, kun muilla neljällä osastolla tätä yhteyttä ei ollut kirjattu lainkaan. Koulutusintervention jälkeen kolmella osastolla oli kirjattu potilaan yksilöllisen hoidon tarpeen ja tavoitteiden välistä yhteyttä vaihtelevasti (7%-70%). Kahdella osastolta tätä yhteyttä ei kirjattu lainkaan. Potilaan yksilöllisen hoidon tarpeen ja tavoitteiden välistä yhteyttä kirjattiin tilastollisesti merkitsevästi enemmän koulutusintervention jälkeen ($p < 0.001$).

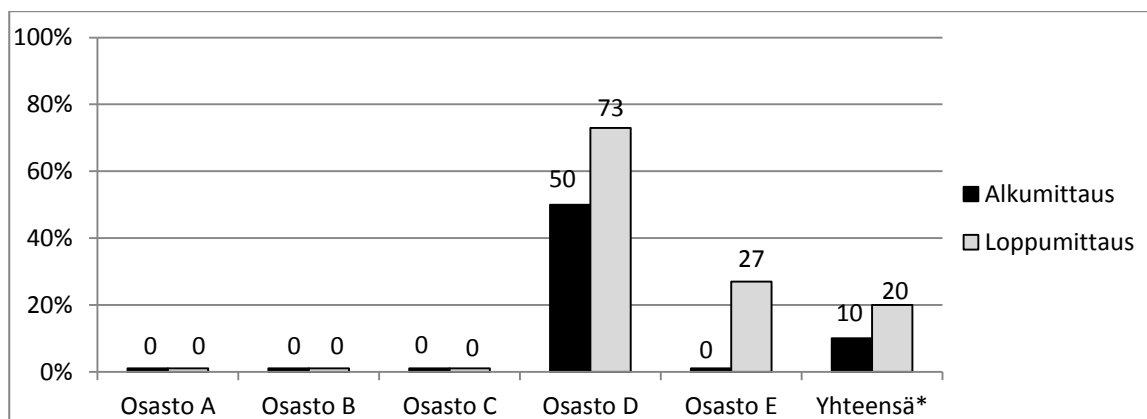


Kuvio 10. Potilaan yksilöllisen tarpeen ja tavoitteiden välinen yhteys (%)

* $\chi^2 = 19.790$, $df = 1$, $p < 0.001$. Potilaan yksilöllisen tarpeen ja tavoitteiden välistä yhteyttä arvioitiin asteikolla 0 tai 1 (0 ei kriteerit täyttävää kirjausta ja 1 kriteerit täyttävä kirjaus).

Potilaan hoidon toteutuksen yhteys hänen yksilölliseen hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin

Potilaan hoidon toteutuksen yhteyden kirjaamisessa hänen yksilölliseen hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin oli osastokohtaisia eroja alku- ja loppumittauksissa (kuvio 11). Alkumittauksessa yhdellä osastolla oli puoleen hoitotyön kertomuksista kirjattu potilaan hoidon toteutuksen yhteys hänen yksilölliseen hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin. Alkumittauksessa muilla neljällä osastolla tätä yhteyttä ei ollut kirjattu lainkaan. Koulutusintervention jälkeen kahdella osastolla oli hoitotyön kertomukseen kirjattu potilaan hoidon toteutuksen yhteys hänen yksilölliseen hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin. Toisessa yhteys oli joka neljännessä ja toisessa kolmessa neljästä hoitotyön kertomuksista. Kolmella osastolla tätä yhteyttä ei ollut kirjattu lainkaan koulutusintervention jälkeen. Potilaan hoidon toteutuksen yhteyttä hänen yksilölliseen hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin kirjattiin tilastollisesti merkitsevästi enemmän koulutusintervention jälkeen ($p = 0.015$).

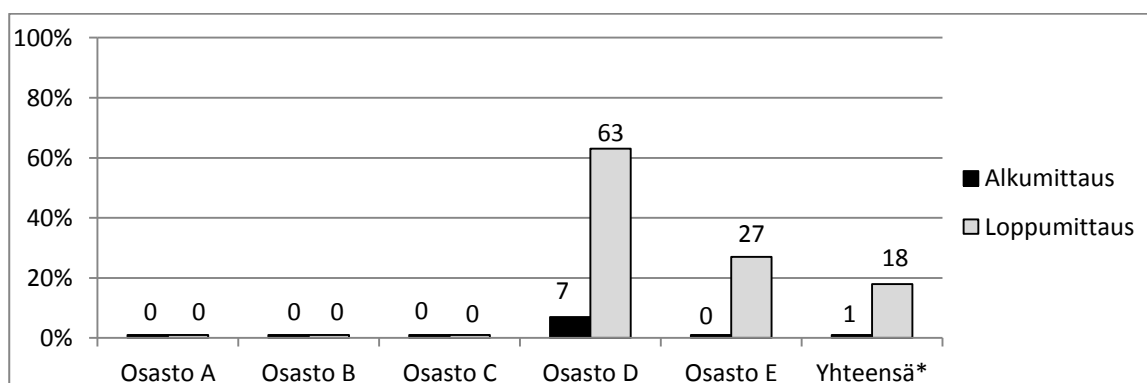


Kuvio 11. Potilaan hoidon toteutuksen yhteys hänen yksilölliseen tarpeeseen ja tavoitteisiin (%)

* $\chi^2 = 5.882$, $df = 1$, $p = 0.015$. Potilaan hoidon toteutuksen yhteyttä hänen yksilöllisen tarpeeseen ja tavoitteisiin arvioitiin asteikolla 0 tai 1 (0 ei kriteerit täyttävää kirjausta ja 1 kriteerit täyttävä kirjaus).

Potilaan hoidon arvioinnin yhteys hänen yksilölliseen hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin

Potilaan hoidon arvioinnin yhteyden kirjaamisessa hänen yksilölliseen hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin oli osastokohtaisia eroja alku- ja loppumittauksissa (kuvio 12). Alkumittauksessa yhdellä osastolla kirjattiin potilaan hoidon arvioinnin yhteys hänen yksilölliseen hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin kahdessa (7%) tapauksessa. Muilla neljällä osastolla tätä yhteyttä ei ollut kirjattu lainkaan. Koulutusintervention jälkeen kahdella osastolla oli kirjattu potilaan hoidon arvioinnin yhteys hänen yksilölliseen hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin. Toisella osastolla yhteyksiä oli kirjattu 27%:iin ja toisessa 63%:iin hoitotyön kertomuksista. Kolmella osastolla tätä yhteyttä ei ollut kirjattu lainkaan koulutusintervention jälkeen. Potilaan hoidon arvioinnin yhteyttä hänen yksilölliseen hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin kirjattiin tilastollisesti merkitsevästi enemmän koulutusintervention jälkeen ($p < 0.001$).

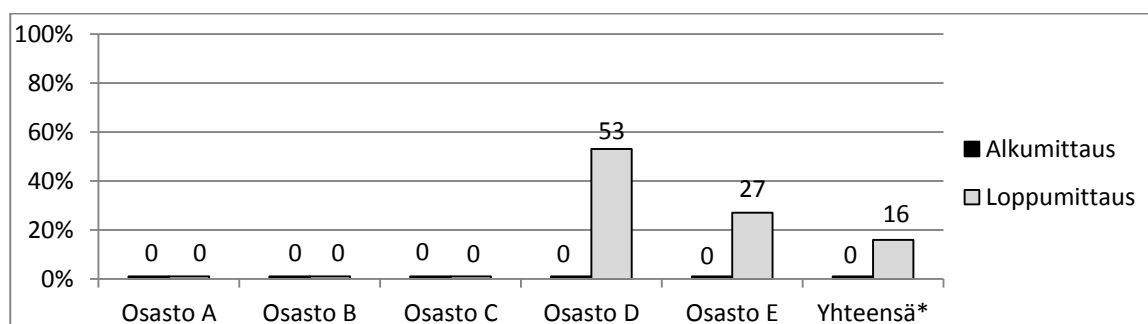


Kuvio 12. Potilaan hoidon arvioinnin yhteys hänen yksilölliseen tarpeeseen ja tavoitteisiin (%)

* $\chi^2 = 23.858$, $df = 1$, $p < 0.001$. Potilaan hoidon arvioinnin suhdetta yksilöllisen tarpeeseen ja tavoitteeseen arvioitiin asteikolla 0 tai 1 (0 ei kriteerit täyttävää kirjausta ja 1 kriteerit täyttävä kirjaus).

Kaikkien arvioitavien tekijöiden looginen kirjaaminen

Kaikkien arvioitavien tekijöiden loogisessa kirjaamisessa ei ollut osastokohtaisia eroja alku- ja loppumittauksissa (kuvio 13). Alkumittauksessa kaikkien arvioitavien tekijöiden looginen kirjaaminen ei toteutunut lainkaan. Koulutusintervention jälkeen kahdella osastolla kaikkien arvioitavien tekijöiden looginen kirjaaminen toteutui osittain. Toisen osaston kohdalla looginen kirjaaminen toteutui 27%:iin ja toisessa 53%:iin hoitotyön kertomuksista. Kolmella osastolla looginen kirjaaminen ei toteutunut lainkaan koulutusintervention jälkeen. Kaikkien arvioitavien tekijöiden loogista kirjaamista kirjattiin tilastollisesti merkitsevästi enemmän koulutusintervention jälkeen ($p < 0.001$).



Kuvio 13. Kaikkien arvioitavien tekijöiden looginen kirjaaminen (%)

* $\chi^2 = 26.087$, $df = 1$, $p < 0.001$. Kaikkien arvioitavien tekijöiden loogista kirjaamista arvioitiin asteikolla 0 tai 1 (0 ei kriteerit täyttävää kirjausta ja 1 kriteerit täyttävä kirjaus).

6.2.4 Kokonaislaatutaso

Kirjaamisen kokonaislaatutasetta arvioitiin 15 eri osiolla (taulukko 10), jotka muodostuivat seuraavista osa-alueista: Minimilaatutaso, tavoitteellinen kirjaaminen ja yksilöllinen kirjaaminen. (asteikko 0-15). Kirjaamisen kokonaislaatutaso oli alkumittauksessa heikolla tasolla ($Md=6$, $Q_1=5$, $Q_3=7$). Koulutusintervention jälkeen kirjaamisen kokonaislaatutaso parani hyvälle tasolle ($Md=10$, $Q_1=7$, $Q_3=11$, $p < 0.001$). (Kuvio 15.) Koulutusintervention jälkeen kirjaamisen kokonaislaatutaso oli tilastollisesti merkitsevästi parempi neljällä osastolla. Yhdellä osastolla kirjaamisen kokonaislaatutaso säilyi ennallaan.

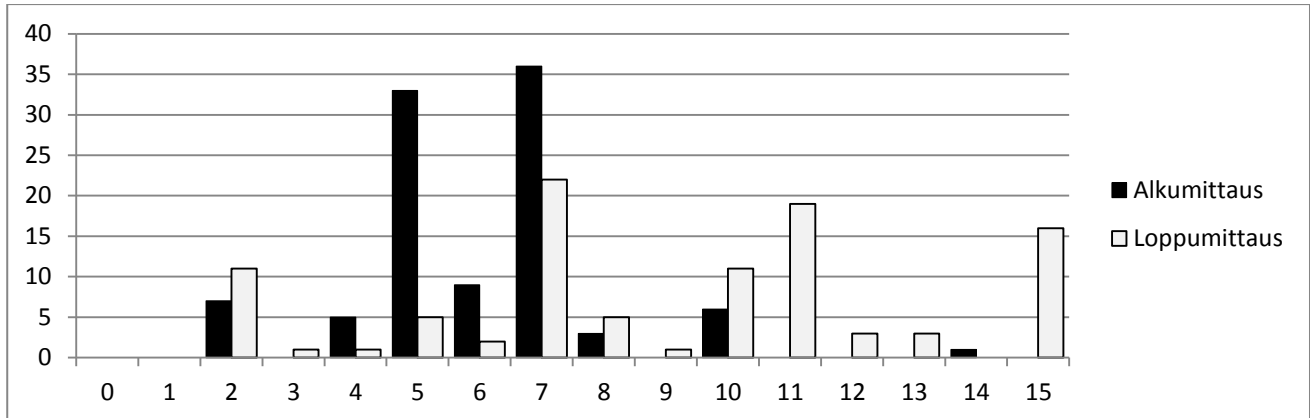
Taulukko 10. Kokonaislaatu-
taso

Kokonaislaatu-taso										
Osasto	Alkumittaus				Loppumittaus				P-arvo	Mann-Whitney U
	n	Md	Q ₁	Q ₃	n	Md	Q ₁	Q ₃		
Osasto A	30	5	5	7	30	7	5	7	0.021	309.0
Osasto B	30	5	2	7	30	2	2	7	0.263	380.0
Osasto C	30	6	5	7	30	11	10	11	< 0.001	7.0
Osasto D	30	6	5	10	30	15	11	15	< 0.001	82.0
Osasto E	30	7	6	7	30	11	10	15	< 0.001	0.0
Yhteensä	150	6	5	7	150	10	7	11	< 0.001	5400.0

Mann-Whitney U = 5400.0, p < 0.001

Kirjaamisen kokonaislaatu-
tason toteutumista arvioitiin eri osa-alueiden summana (0-15). n = hoitokertomusten määrä,
Md = mediaani, Q₁ = alakvartiili, Q₃ = yläkvartiili.

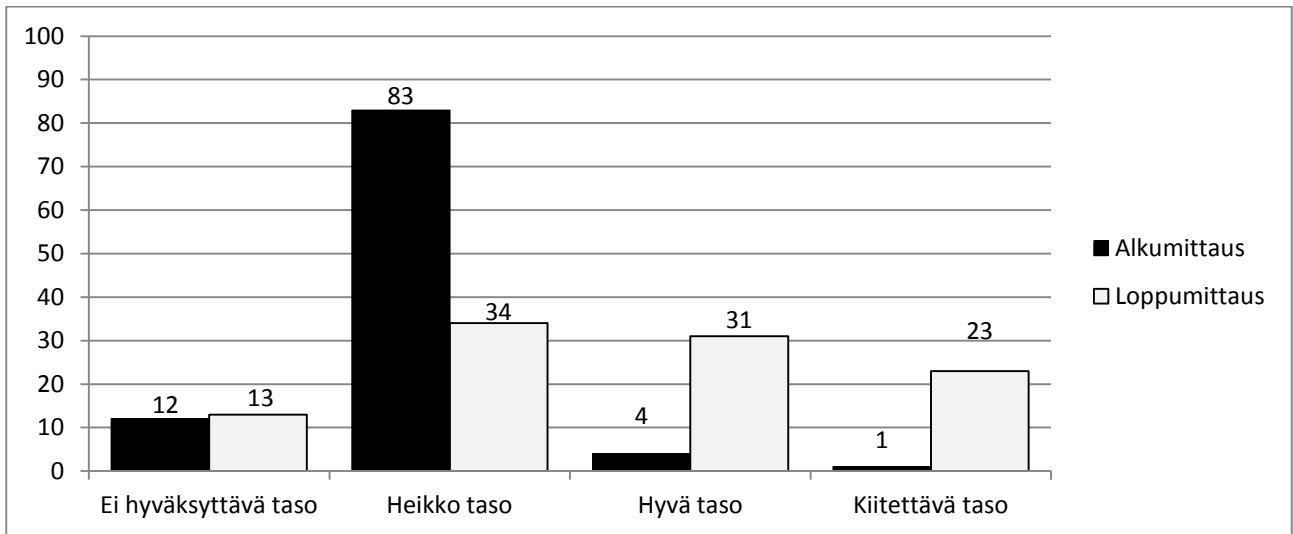
Kirjaamisen kokonaislaatu-
tason pisteiden jakautumista on kuvattu kuviossa 14. Loppumittauksessa hoitotyön kirjaamisen arviointikriteerit toteutuivat paremmin kuin alkumittauksessa. Alkumittauksessa pisteet/hoitokertomus painottuivat arvoihin 5-7, kun loppumittauksessa pisteet/hoitokertomus jakautuivat tasaisemmin arvojen 2-15 välille. (minimi=0 ja maksimi=15.)

**Kuvio 14. Kirjaamisen kokonaislaatu-
tason jakauma alkumittauksen ja loppumittauksen jälkeen (%)**

Kirjaamisen kokonaispisteiden jakautuminen, hoitokertomusten määrä suhteessa kertyneisiin pisteisiin.

Kirjaamisen kokonaislaatu-
tassossa tapahtui myönteisiä muutoksia koulutusintervention jälkeen. Ei hyväksyttävän tason hoitotyön kirjauksien määrä säilyi samalla tasolla (13%) koulutusintervention jälkeen. Heikko tasoiset kirjaukset vähenivät selvästi koulutusintervention jälkeen. Loppumittauksessa heikko tasoisia kirjauksia oli 34% (n=51), kun alkumittauksessa niitä oli 83% (n=124). Hyvä tasoiset kirjaukset lisääntyivät koulutusintervention jälkeen. Alkumittauksessa hyvä tasoisia kirjauksia oli 4% (n=6), kun loppumittauksessa niitä oli 31% (n=46). Kiitettävä tasoiset kirjaukset lisääntyivät koulutusintervention jälkeen. Alkumittauksessa kiitettävä tasoisia kirjauksia

oli 1% (n=2), kun loppumittauksessa niitä oli 23% (n=34). Kirjaamisen kokonaislaatutaso oli tilastollisesti merkitsevästi parempi koulutusintervention jälkeen ($p < 0.001$). (Kuvio 15.)



Kuvio 15. Kirjaamisen kokonaislaatutason luokittelu (%)

$\chi^2 = 89.692$, $df = 3$, $p < 0.001$. Kirjaamisen kokonaislaatutason arvioitiin eri osa-alueiden summana (0-15). Nämä luokiteltiin neljään kategoriaan (Ei hyväksyttävä taso = pisteet 0-4, heikko taso = pisteet 5-8, hyvä taso = 9-11 ja kiitettävä taso = 12-15).

7. POHDINTA

7.1 Tutkimuksen etiikka

Kaiken tieteellisen toiminnan ydin perustuu tutkimuksen eettisyyteen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015). Tutkimusprosessissa tehdään erilaisia eettisiä valintoja. Tutkimuskohteen tai valinnassa ollaan kiinnostuneita siitä, kenen ehdoilla tutkimusaiheen valita tehdään ja miksi tutkimustyö aloitetaan. (Hirsjärvi 2009.) Tämän tutkimuksen aiheen valintaan tutkija päätyi, koska aikaisemmat tutkimustulokset ovat yleisesti osoittaneet hoitotyön kirjaamisen olevan heikolla tasolla (Kaila 2014) ja toisaalta on osoitettu, että koulutusinterventiolla voidaan vaikuttaa hoitotyön kirjaamisen laatuun (Müller-Staub 2009).

Tämä tutkimus on pyritty tekemään noudattamalla hyvän tieteellisen käytännön mukaisia tapoja, siten on varmistettu, että tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja uskottava. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi on tehty yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti tutkimusprosessin eri vaiheissa. Tutkimuksessa käytettävän aikaisemman tutkimustiedon käyttö on määritelty ja tutkijalla on ollut mahdollisuus käyttää tiedeyhteisön tunnustamia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksessa on huomioitu muiden tutkijoiden työn ja saavutusten asianmukainen huomiointi lähdemerkinnöillä. Tutkimustyö tarkastettiin plagiointi eli turn-it-in-ohjelmalla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, Hirsjärvi ym. 2009, Tuomi ym. 2009.)

Tutkimukseen haettiin tutkimuslupa aineiston keräämiseen. Tutkimuslupan yhteydessä esiteltiin tutkimussuunnitelma, jossa oli tarkasti kuvattu tutkimuskohde, mihin kerättyä tietoa käytetään, miten aineistoa käsitellään ja säilytetään sekä miten raportoidaan ja tiedotetaan tutkimuksesta. Tutkimusluvat pyydettiin ja saatiin keskussairaalan johtavalta ylilääkäriltä. Tutkija sai luvan arviointilomakkeen käyttöön pro gradu -tutkielmassaan Arja Kailalta sähköpostin välityksellä. Lupa lomakkeen käyttöön pyydettiin arviointilomakkeen tekijäsuojauksen vuoksi.

Tutkija varmisti, ettei hänellä ollut tutkimukseen osallistuviin yksikköihin riippuvuussuhdetta. Aineiston keruu oli etukäteen suunniteltu ja osallistuville tahoille oli tiedotettu tulevasta tutkimuksesta. Tutkija ei kuulunut tutkimukseen osallistuvien osastojen henkilökuntaa. Tutkija vastasi itse hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta ja tuloksia käsiteltiin objektiivisesti ja luotettavasti. Tutkimustulokset käsiteltiin anonyymisti ja luottamuksellisesti. Aineisto tulostettiin oman osaston henkilökunnan toimesta ja aineistosta poistettiin potilaiden tunnistetiedot, jotta

anonyymius säilyi. Aineisto toimitettiin tutkijalle joko suljetussa kuoressa tai tutkija haki aineiston suoraan osastolta. Tässä tutkimuksessa tutkija noudatti hyvän eettisen tavan mukaisesti tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Tutkimussuunnitelma, tutkimus ja sen raportointi tehtiin tieteelliselle tiedolle vaadittavalla tavalla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, Eskola & Suoranta 1998.)

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen reliabiliteettia ja validiteettia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015.) Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen kykyä osoittaa ei-sattumavaraisia tuloksia. Reliabiliteetti arvioi tulosten pysyvyyttä mittauksesta toiseen eli tutkimuksen toistettavuutta tutkijasta riippumatta. Tässä tutkimuksessa reliabiliteettia arvioitiin jo tutkimuksen aikana ja siinä tarkasteltiin erityisesti mittaukseen liittyviä asioita ja tarkkuutta tutkimuksen toteutuksessa. Tutkimuksen validiteetti tarkoittaa tutkimuksen kykyä mitata, mitä alun perin pitikin. Tällöin tutkija operationalisoi teoreettiset käsitteet arkikielen tasolle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, Vilka 2007.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin strukturoitua arviointilomaketta. Arviointilomakkeen käyttö oli tarkasti ohjeistettu, joka osaltaan vahvisti reliabiliteettia. Tutkimuksen luotettavuutta vahvisti myös se, että vertaisauditoija osallistui osittain aineiston auditointiin alkuvaiheessa. Vertaisauditoijana oli organisaation kirjaamisvastaava, jonka kanssa tutkija pystyi tekemään vertaisauditointia ja keskustelemaan rajatapauksista. Hellsténin ym. (2004) mukaan vertaisarviointia (peer review) voidaan toteuttaa samaan ammattiryhmään kuuluvien tai saman aihealueen parissa työskentelevien kesken. Vertaisten muodostama ryhmä arvioi kriittisesti ja järjestelmällisesti toimintaa, työtapaa tai menetelmää. Arviointi toteutetaan sovituin kriteerein huomioiden kokeneen kollegan ammattitaito. Vertaisarviointi voidaan toteuttaa joko sisäisenä tai ulkoisena tarkastusjärjestelmänä, joka perustuu tavallisesti kirjallisen aineiston jälkikäteiseen tarkastukseen. Siinä saman koulutustason omaavat ulkopuoliset ammattilaiset arvioivat kirjaamiskäytäntöjä. Jefferiesin, Johnsonin, Nichollsin, Langdonin ja Ladin (2012) mukaan kirjaamisen koulutus paransi hoitotyön kirjaamista. Myös säännöllinen auditointi kannustaa sairaanhoitajia parantamaan hoitotyön kirjaamista.

Mittarin sisältövaliditeetti muodostaa koko tutkimuksen luotettavuuden perustan. Mittarin ollessa väärä tai on mitattu vääriä asioita, niin tutkimuksella ei voida tuottaa luotettavia tuloksia. Mittarin tulee olla riittävän kattava, ettei jää mikään osa-alue mittaamatta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015.) Tässä tutkimuksessa käytettiin valmiiksi testattua arviointilomaketta (Kaila 2014).

Arviointilomakkeella saatiin yksiselitteisiä ja täsmällisiä tietoja hoitotyön rakenteisen kirjaamisen toteutumisesta osastoilla. Se mukailee hoitotyön kirjaamisen kansallisia suosituksia, jotka ovat yleisesti käytettävissä Terveys- ja hyvinvointi laitoksen koodistopalvelimella. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2015) mukaan on suositeltavaa käyttää olemassa olevia, testattuja ja standardoituja mittareita ja lisäksi on arvioitava kriittisesti mittarin ikää ja kontekstisidonnaisuutta. Muller-Staubin ym. (2008) ovat tutkineet Q-DIO mittarin (Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes) käytettävyyttä hoitotyön kirjaamisen arvioinnissa. Tulosten mukaan Q-DIO:lla voidaan luotettavasti arvioida dokumentoinnin laatua hoitotyön diagnoosien, menetelmien ja tuloksien osalta. Rykkje (2009) on käyttänyt kirjaamisen arviointilomaketta tarkastellessaan vaikutuksia sähköisessä potilaskirjaamisohjelmassa. Hän toteaa potilaskertomusten sisällön laadun paranevan ja hoidon kannalta epäoleellisten asioiden merkintöjä vähenevän sähköisessä potilaskirjaamisohjelmassa (VIPS).

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin myös tulosten luotettavuuden kannalta sisäistä ja ulkoista validiteettia tarkastelemalla. Sisäistä validiteettia tarkastellaan tutkimusasetelman perusteella. Sisäistä validiteettia saattaa uhata historia, valikoituminen, kypsyminen, testauksen vaikutus, poistumat ja kontaminaatio (osallistuja on ollut yhteydessä tutkimusilmiöön jo ennen tutkimusta). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015.) Tässä tutkimuksessa sisäiseen validiteettiin vaikuttaneita tekijöitä oli vähän. Koulutus kohdistettiin koko henkilökunnalle. Osastojen väliset erot osallistumisaktiivisesta olivat kuitenkin suuret. Yksiköt valitsivat itse osallistujat koulutuksiin. Poistumaa ei syntynyt aineistoon, koska tutkija keräsi sovitun määrän asiakirjoja osastoilta.

Tutkimuksen ulkoinen validiteetti tarkoittaa saavutettujen tulosten yleistettävyyttä tutkimusjoukon ulkopuoliseen perusjoukkoon. Ulkoiseen validiteettiin voi muodostua uhkia, jos tutkittava muuttaa käyttäytymistä (Hawthornen efekti), tutkijavaikutuksesta, uutuusvaikutuksesta, valikoitumisesta, asetelmasta ja historiasta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015.) Tutkija keräsi tiedot yksiköistä ja analysoi tulokset objektiivisesti pääosin itsenäisesti. Organisaation kirjaamisvastaava toimi vertaisarvioijana satunnaisesti valittujen kertomusten osalta. Osastot saivat tiedon tulevasta tutkimuksesta ennakkoon, mutta heille ei kerrottu tutkimusaineiston keruun ajankohtaa. Tuloksia voidaan varauksella yleistää, mutta on huomioitava erilaiset toimintakulttuurit, tietojärjestelmät ja johtaminen. Osastojen erilaisuudella saattoi olla myös vaikutusta tuloksiin, sillä tutkimukseen osallistuvat osastot olivat kaikki luonteeltaan hyvin erilaisia. Tutkimustuloksiin saattoi vaikuttaa, että tutkija toimi myös itse kouluttajana koulutusinterventiossa. Hän oli hankkinut tietoa kirjallisuudesta, vertaiskeskusteluista ja asiantuntijakoulutuksesta. Tutkija toimi tutkimuksen eri vaiheissa rehellisesti ja objektiivisesti.

Tutkimuksen aineiston analysoinnissa keskityttiin kansallisen hoitotyön rakenteisen kirjaamisen toteutumisen laadun arviointiin. Tutkimuksen arviointitilomakkeelle oli laadittu tarkat käyttöohjeet. Arvioinnissa oli huomioitavaa, että ensin tarkasteltiin hoitotyön kirjaamisen rakenteita ja sen jälkeen vasta hoitotyön kirjaamisen sisältöä. Tästä johtuen hoitotyön kertomusteksteissä saattoi osittain olla oikeita asioita, mutta väärissä paikoissa.. Tutkimukseen osallistui ainoastaan keskussairaalaan osastoja. Erilaiset poliklinikat tai eri organisaation osastot olisivat saattaneet muuttaa tutkimustulosta.

Koulutusinterventio suunniteltiin yhteistyössä asiantuntijatyöryhmän kanssa. Koulutusinterventio muodostui neljästä osa-alueesta, joita olivat asiantuntijaosastotunti, henkilöstön asiantuntijakoulutus, osastonhoitajien ja kirjaamisvastaavien asiantuntijakoulutus sekä yksikköjen omat osastotunnit. Koulutustilaisuudet toteutuivat lähes suunnitellusti. Koulutusten sisällöt suunniteltiin asiantuntijatyöryhmässä pääosin kirjaamisen auditointi -projektin tulosten perusteella. Koulutukset olivat luentokoulutuksia, jossa interaktiivinen osuus jäi muutamien kysymysten varaan. Koulutusinterventio toimi teoreettisen tiedon vahvistajana.

Koulutusinterventiolla oli ainakin välillinen vaikutus tiedon implementoinista käytäntöön. Kirjaamisvastaavilla ja osastonhoitajilla on tärkeä rooli osaston kirjaamismallin kehittämisessä. Heidän kauttaan muutoksen implementointi mahdollistuu. Osastonhoitajille ja kirjaamisvastaaville jäi tehtäväksi muodostaa uudet fraasit eli tekstipohjat kirjaamisalustoihin suositusten mukaisesti ja huolehtia niiden käyttöönotosta. Teoria ei siirry käytäntöön ilman muutosjohtamista. Tässä tutkimuksessa muutosprosessille jäi aikaa rajoitetusti. Muutosta tuettiin tässä tutkimuksessa kirjaamisprojektin, säännöllisen tiedottamisen ja koulutuksen sekä johdon tuen avulla. (Kaipio 2011.) Myös Paasivaaran ym. (2008) mukaan vanhoista toimintatavoista luopuminen saattaa näkyä henkilökunnan muutosvastarintana, joka ilmenee sitoutumattomuutena yhteisiin päätöksiin ja yrityksestä ylläpitää vanhoja rutiineja. Uuden toimintatavan implementointi kestää usein pitkään ja vie aikaa ennen kuin muutos on osa rutiineja. Rossi (2012) korostaa muutoksenhallinnan keinoja, joiden tarkoituksena on tukea uusiin toimintatapoihin sitoutumista. Keskeisiä menetelmiä ovat sisäinen ja ulkoinen tiedottaminen, organisaatiossa työskentelevien osallistaminen kehittämistyöhön, muutosvalmennuksen toteuttaminen sekä kouluttaminen uuden toimintamallin mukaiseen toimintaan.

Tässä tutkimuksessa käytettiin monivaiheista koulutusinterventiota. Koulutusinterventioilla oli myönteinen vaikutus hoitotyön kirjaamiseen. Tässä tutkimuksessa koulutusinterventioina käytettiin luento-opetusta osastotunneilla ja yleisöluentoja. Osastotunnit olivat osittain interaktiivisia. Myös

Nilsson & Willman (2000) ovat tutkimuksessaan todenneet, että monimuotoisella koulutusinterventiolla on positiivista vaikutusta hoitotyön kirjaamiseen. Vaikuttavia koulutusinterventioita olivat ohjaus, työpaja työskentely, teorialuennot ja tutustumiskäynnit. Odutayo ym. (2013) tutkimuksessaan arvioivat koulutusintervention vaikutusta hoitotyön rakenteiseen dokumentointiin. Koulutusinterventio toteutettiin viiden päivän työpajakoulutuksena. Tulosten perusteella havaittiin tilastollisesti merkitsevä parannus ($p < 0.001$) hoitotyön rakenteisessa dokumentoinnissa koulutuksen jälkeen. Myös Jefferies, Johnson, Nicholls, Langdon ja Lad (2012) tutkivat hoitotyön kirjaamisen koulutuksen vaikutusta kliinisessä ympäristössä. Koulutusinterventio toteutettiin työpaja toimintana kahden viikon kirjaamisvalmennuksessa. Hoitotyöntekijät tunnistivat paremmin muutokset hoitojen sisällössä ja potilaiden tilassa, vaikeudet hoitotyön dokumentoinnissa ja oikeuslääketieteen näkökulmat. Junttila ym. (2015) puolestaan toteavat, että hoitotyön luokitusten tulisi sisältyä jo opiskeluvaiheessa hoitotyöntekijän opetussuunnitelmaan ja hoitotyössä olevien hoitajien koulutusohjelmaan niin teoreettisen tiedon kuin käytännön taitojen osalta.

7.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa hoitotyön rakenteisen kirjaamisen koulutuksella todettiin myönteisiä vaikutuksia kirjaamisen minimilaatutasoon, tavoitteelliseen kirjaamiseen, yksilölliseen kirjaamiseen ja kirjaamisen kokonaislaatutasoon. Tutkimustieto kerättiin osastoilta, jotka olivat sairaalan eri toimialueilta. Tässä tutkimuksessa osastojen välillä oli eroja rakenteisen kirjaamismallin käyttämisessä. Häyrisen ym. (2011) mukaan hoitotyön kirjaamisessa rakenteellisten komponenttien käyttö vaihtelee erikoisaloittain.

Tutkimuksen aikana suunniteltiin ja toteutettiin monivaiheinen koulutusinterventio. Osastojen henkilökunta osallistui vaihtelevasti järjestettyihin koulutustapahtumiin. Koulutuksiin osallistumisaktiivisuudella ei näyttänyt olevan suoraa yhteyttä hoitotyön kirjaamiskäytäntöjen muuttumiseen. Pearsonin ym. (2005) mukaan hoitotyön palvelujen ja koulutuksen kivijalka muodostuvat tutkitusta tiedosta ja muusta näyttöön perustuvasta toiminnasta. Tällä edistetään koulutuksen tehokkuutta, taloudellisuutta ja laatua. Koulutus on yleisin ja kohtalaisen tehokas tapa kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Useissa tutkimuksissa on todettu, että koulutusinterventiot ovat vaikuttavia tapoja kehittää hoitotyön systemaattista kirjaamista. Asiantuntijatehtävissä toimivien monimuotoinen tuki/ohjaus (Melender & Häggman-Laitila 2010, Voutilainen ym. 2004) ja työpajatyypinen toiminta ovat suositeltavimpia koulutusinterventiomenetelmiä (Melender & Häggman-Laitila 2010).

Kahdessa yksikössä hoitotyön kirjaamisalustalle luotuja fraaseja ei päivitetty koulutuksessa annettujen suositusten mukaisesti. Näissä yksiköissä hoitotyön kirjaaminen säilyi entisellä tasolla. Kolmessa yksikössä koulutuksen jälkeiset suositukset päivitettiin hoi-näkymän fraaseihin yksikön osastotunnilla. Näillä yksiköillä hoitotyön rakenteisen kirjaamisen laatu parani selvästi. Tulosten perusteella voidaan olettaa, että fraasien muokkaaminen vaikuttaa hoitotyön kirjaamisen rakenteeseen ja sisältöön. Tiusasen ym. (2009) mukaan kirjaamiseen käytetyt lomakerakenteet ohjailevat kirjaamisen painopistettä ja kirjaamisen sisältöä.

Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen minimilaatutaso

Tässä tutkimuksessa minimilaatutasoa tarkasteltiin hoitotyön tarpeen, hoitotyön tavoitteiden, hoitotyön toimintojen, hoitotyön tulosten ja hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen toteutumisena kansallisen kirjaamissuosituksen mukaisesti. Tutkimuksen mukaan hoitotyön kirjaamisen minimilaatutaso oli jo alkumittauksessa hyvällä tasolla, vaikka niin osastojen kuin yksittäisten potilaskertomusten välillä oli suurta vaihtelua. Häyrisen ym. (2011) mukaan hoitotyön luokitusten käyttö on epäyhtenäistä ja epäjohdonmukaista hoitotyön kertomuksissa. Müller-Staub ym. (2008) tutkivat kirjaamisen laadun muutosta tarkastelemalla hoitotyön dokumentteja. Hoitotyön diagnoosien, menetelmien ja tulosten dokumentoinnin keskiarvot paranivat tilastollisesti merkitsevästi ohjatun kliinisen päättelyn ryhmässä. Ohjattu kliininen päättely paransi selvästi hoitotyön dokumentoinnin laatua. Junttila ym. (2005) tutkimuksessaan puolestaan tarkastelivat perioperatiivisen sairaanhoitajien asenteita käyttäen hoitotyön diagnooseja hoitotyön kirjaamisessa. Yleisesti hoitajat suhtautuivat positiivisesti hoitotyön diagnoosien käyttöön. Kuitenkaan hoitotyön diagnoosien käyttöä leikkauspotilaan hoitotyössä ei nähty tarpeellisenä kuvatessaan potilaiden ongelmia. Lisäksi leikkaussalin rutiinien dokumentoinnin koettiin vievän aikaa ja turhauttavan.

Minimilaatutaso parani koulutusintervention jälkeen neljällä osastolla. Koulutusintervention jälkeen yhdellä osastolla minimilaatutaso säilyi ennallaan. Tiusasen ym. (2009) tutkimuksessa todettiin, että minimikriteereillä arvioituna perioperatiivisessa kirjaamisessa on puutteita. Kirjauksissa havaittiin paljon tulkinnallisuutta ja potilaan hoidon suunnittelu ja arviointi olivat huonosti kuvattuja. Müller-Staubin (2009) mukaan teorialähtöisen keskustelumenetelmän hyödyntäminen koulutusintervention toteuttamisessa parantaa hoitotyön laadullista dokumentointia hoitotyön tarpeiden ja tavoitteiden, hoitotyön toteutuksen ja hoitotyön arvioinnin osalta. Koulutus tukee hoitohenkilökuntaa kirjaamisen standardoidun sähköisen kirjaamismallin käytössä. Thoroddsenin ja Ehnforsin (2007) mukaan hoitotyön kirjaaminen parantui tilastollisesti merkitsevästi koulutusintervention jälkeen.

hoitotyön tarpeiden ja tavoitteiden määrittelyssä, hoitotyön menetelmien jäsentelyssä ja hoitotyön arvioinnissa.

Tässä tutkimuksessa neljällä osastolla hoitotyön tarvetta kirjattiin enemmän koulutusintervention jälkeen, kun yhdellä osastolla hoitotyön tarpeen kirjaamisessa ei tapahtunut muutosta. Osastojen välillä ilmeni suuria eroja erityisesti hoitotyön tavoitteiden määrittelyn osalta. Alkumittauksessa yksi osasto kirjasi tavoitteet 90%:sti ja loppumittauksessa kolme osastoa kirjasivat hoitotyön tavoitteet 100%:sti. Kahdella osastolla hoitotyön tavoitteita ei kirjattu lainkaan. Näillä osastoilla ei ollut päivitetty fraaseja kirjaamisalustalle. Junttila ym. (2010) totesivat hoitotyön diagnoosien määrittämisen kuuluvan osana potilaan päätöksentekoprosessia, jonka tavoitteena on tunnistaa ja saavuttaa toivotut tulokset hoidossa. Gunhardssonin ym. (2008) mukaan palliativisen hoidon tarpeista kirjattiin lähinnä kipu ja muiden hoidon tarpeiden kirjaaminen jäi vähemmälle. Useiden tutkimusten mukaan hoitotyön kirjaamisessa hoidon tarpeen ja tavoitteiden kirjaaminen on puutteellista (Gunhardsson ym. 2008, Müller-Staub ym. 2008, Rosendal ym. 2004). Toisaalta Darmerin ym. (2006) mukaan VIPS-mallin (Well-being, integrity, prevention, safety) käyttäminen kirjaamisessa paransi hoitajien perehtyneisyyttä hoidon tarpeisiin ja tavoitteisiin.

Hoitotyön toimintojen kirjaaminen toteutui erittäin hyvin kaikilla osastoilla ennen ja jälkeen koulutusintervention. Tässä tutkimuksessa ei arvioitu eri komponenttien käyttöä. Komponentit ohjaavat rakenteisesti hoitotyön toimintoja eri osa-alueisiin. Komponenttitaso oli tässä organisaatiossa määritelty pakolliseksi hoitotyön toimintoja kirjatessa, joka saattoi edesauttaa erittäin hyvien tulosten saavuttamisessa tässä osiossa. Ohjattu kliininen päättely tukee hoitajien kykyä valita tehokas hoitotyön menetelmä (Müller-Staub ym. 2008). Darmerin ym. (2006) mukaan VIPS-mallin (Well-being, integrity, prevention, safety) käyttö paransi hoitajien tietoisuutta hoitotyön toimintojen sisällöstä. Myös Saranto ym. (2014) totesivat tutkimuksessaan, että käytössä ollut standardoitu hoitotyön kieli edisti hoitotyön menetelmiä tukevaa päivittäistä hoitoa, paransi potilasturvallisuutta ja tietojen uudelleen käyttöä. Hellesø (2006) puolestaan toteaa, että hoitajien alkaessa käyttää sähköistä potilasrekisteriä, niin melkein kaikkiin rakenteisiin osa-alueisiin tuotettiin kirjauksia. Järjestelmä mahdollisti yksityiskohtien korostamisen hoitotyön kirjauksissa ja siten keskittämään hoitoa tarkemmin. Asianmukaiset viestinnän mallit helpottivat hoitajien tiedon välitystä ja paransivat asiakkaiden hoidon jatkuvuutta kotihoidossa. Gunhardssonin ym. (2008) mukaan palliativisessa hoidossa hoitotyön dokumentointi keskittyy hoitotyön toimintojen ilmaiseamiseen.

Hoitotyön tuloksia kirjattiin enemmän koulutusintervention jälkeen. Neljällä osastolla hoitotyön tulokset kirjattiin erittäin hyvin koulutusintervention jälkeen, kun taas yhdellä osastolla hoitotyön tuloksia kirjattiin vähemmän koulutusintervention jälkeen. Jefferiesin ym. (2010) ja Voutilaisen ym. (2004) mukaan hoitotyön tuloksia kirjattiin puutteellisesti tai ei lainkaan hoitokertomuksiin. Yhteinen näkemys oli, että hoidon arviointiin tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Sarannon ym. (2014) mukaan käytössä ollut standardoitu hoitotyön kieli paransi hoidon tulosten kuvaamista. Sairaanhoitajat tarvitsevat kuitenkin enemmän koulutusta ja johdon tukea pystyäkseen hyödyntämään enemmän SNL:ä (luokiteltu hoitotyön sanasto). Gunhardssonin ym. (2008) mukaan palliatiivisessa hoidossa hoitotyön kirjaaminen keskittyi nimenomaan hoidon arvioinnin ilmaisemiseen. Kinnusen ym. (2008) mukaan haavan paranemisvaiheita kirjattiin vähän ja haavan paranemisprosessista ei löytynyt lainkaan merkintöjä.

Hoitotyön yhteenvedot kirjattiin pääsääntöisesti erinomaisesti. Yhdellä osastolla hoitotyön yhteenvedojen kirjaaminen väheni koulutusintervention jälkeen, joka vaikutti tämän osion tuloksiin. Saatuun tulokseen saattoi vaikuttaa osaston henkilökunnan epätietoisuus siitä, mitä näkymää hoitotyöntekijät voivat käyttää yhteenvedo -näkökulmana. Kuusisto ym. (2015) ovat todenneet, että hoitotyöntekijöiden tietoisuus hoitotyön yhteenvedon ja epikriisin tietosisällöistä potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon on puutteellista. Kyseisen tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnalla oli heikosti tiedossa potilasta koskeva tieto kaikilla mitatuilla osa-alueilla (hoidon antajan tunnistetiedot, potilaan perustiedot, hoitotyön ydintiedot, jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot). Lisäksi hoitotyön yhteenvedossa ja epikriisissä todettiin hoitoa koskevissa tiedoissa ristiriitaisuuksia ja päällekkäisyyksiä. Myös Flink ym. (2015) toteaa, että hoitotyön yhteenvedoja ei aina tehdä ja niiden tietosisällöissä on puutteita. Lisäksi Kuusiston ym. (2015) mukaan hoidon vaikuttavuus ja potilaan vointi näkyvät heikosti hoitotyön yhteenvedoissa.

Tavoitteellinen hoitotyön rakenteinen kirjaaminen

Tässä tutkimuksessa hoitotyön tavoitteellinen kirjaaminen parani kolmella osastolla koulutusintervention jälkeen. Tavoitteellinen kirjaaminen tarkoitti tässä tutkimuksessa hoitosuunnitelmaa, hoitosuunnitelman arviontia, hoidon tarpeen ja tavoitteiden välistä yhteyttä, hoidon tavoitteiden ja toteutuksen välistä yhteyttä sekä hoidon tavoitteiden ja tulosten välistä yhteyttä. Tavoitteellisessa kirjaamisen tulokset olivat kaksi jakoiset. Kolmella osastolla tavoitteiden kirjaaminen toteutui erinomaisesti koulutusintervention jälkeen, kun kahdella osastolla ei tapahtunut muutosta koulutusintervention jälkeen.

Tässä tutkimuksessa hoitosuunnitelman kirjaaminen toteutui erinomaisesti kaikilla osastoilla ennen ja jälkeen koulutusintervention. Jokaisessa hoitokertomuksessa oli tehty hoitosuunnitelma. Leen (2005) mukaan hoitajat hyödynsivät hoitosuunnitelmaa parantaakseen käsitystään potilaan ongelmista ja priorisoidakseen niitä. Osittain hoitosuunnitelmista ilmeni potilaan terveydentilaan liittyviä tietoja, jotka eivät tulleet esille hoidon aikana. Hoitosuunnitelmat täydensivät hoitajien omia havaintoja ja tietoja hoidon tarpeista ja menetelmistä, kuten erilaisista tutkimuksista ja hoitomuodoista. Useat kokeneet hoitajat eivät kuitenkaan noudattaneet hoitosuunnitelman laatimiskäytäntöä tai käyttivät vääriä ja vanhentuneita rakenteita. Dahm ja Wadensten (2008) tutkivat standordoitujen hoitosuunnitelmien käyttöä hoitotyön dokumentoinnissa. Tulosten mukaan standardoidut hoitosuunnitelmat lisäävät korkealaatuisen hoidon tasapuolista laatua kaikille potilaille. Yhteinen standordoitu hoitosuunnitelma eri ammattiryhmien kesken parantaisi myös laadukasta hoitoa. Standordoitu hoitosuunnitelmien kirjaaminen vähentää kirjaamiseen käytettävää aikaa ja tarpeetonta dokumentointia. Koulutusta tarvitaan kuitenkin opettamaan sairaanhoitajia käyttämään standordoituja hoitosuunnitelmia. Leen (2005) mukaan hoitosuunnitelmaan liittyvässä tutkimuksessa hoitajat käyttivät hoitosuunnitelmaa potilaan hoidon sisäistämisen, oman muistin ja potilaan hoidon tulosten arvioinnissa.

Hoitosuunnitelmiin kirjattiin enemmän arvioita koulutusintervention jälkeen. Kuitenkin yhden osaston kohdalla hoitosuunnitelmiin kirjattu arviointi väheni koulutusintervention jälkeen. Rosendalin ym. (2004) mukaan hoitajat kokivat tärkeänä potilaiden hoitosuunnitelmien laatimisen ja hoidon tulosten systemaattisen arvioinnin osana hoitoa. Hoitajat olivat eri mieltä siitä, että hoitosuunnitelmat tehtäisiin rutiininomaisesti. Feng ym. (2013) tutkimuksessaan analysoivat hoitosuunnitelmien sisältöjä ja totesi, että 75% (n=21) dokumentoiduista hoitotyön diagnoositermeistä voidaan sisällyttää CCC-järjestelmään (Clinical Care Classification). CCC-järjestelmä (Clinical Care Classification) on sopiva kliininen tietojärjestelmä hoitotyön dokumentointiin ja sen avulla voidaan määrittää rakenteisia malleja hoitotyön käytäntöihin.

Hoidon tarpeen ja tavoitteiden välistä yhteyttä, hoidon tavoitteiden ja toteutuksen välistä yhteyttä sekä hoidon tavoitteiden ja tulosten välistä yhteyttä kirjattiin enemmän koulutusintervention jälkeen. Kolmella osastolla näitä yhteyksiä kirjattiin selvästi enemmän ja kahdella osastolla tätä yhteyttä ei kirjattu lainkaan koulutusintervention jälkeen. Näillä kahdella osastolla, joilla ei näitä yhteyksiä ollut kirjattu, ei käytetty lainkaan ”Hoidon tavoitteet” otsikkoa. Kirjaamisalustalle ei tullut automaattisesti tätä rakennetta, joka saattoi vaikuttaa käytettyihin kirjaamisen rakenteisiin. Tavoitteellista kirjaamista ei voinut arvioida silloin, kun hoidon tavoitteita ei ollut määritelty rakenteisesti oikeaan paikkaan, tällöin se antoi arvon 0. Häyrisen ym. (2011) mukaan hoidon

tavoitteet, hoitotyön toiminnot ja hoidon tulokset eivät aina kohdistuneet määriteltyn hoidon tarpeeseen. Toisaalta Leen (2005) mukaan hoitajat hyödynsivät elektronista hoitokertomusta määritellessään potilaan hoitotyön tarpeita ja tavoitteita.

Yksilöllinen hoitotyön rakenteinen kirjaaminen

Yksilöllinen kirjaaminen parani yhdellä osastolla koulutusintervention jälkeen ja muilla osastoilla säilyi ennallaan. Yksilöllinen kirjaaminen tarkoitti tässä tutkimuksessa potilaan yksilöllistä hoidon tarvetta, potilaan yksilöllisen tarpeen ja tavoitteiden välistä yhteyttä, potilaan hoidon toteutuksen yhteyttä yksilölliseen tarpeeseen ja tavoitteisiin, potilaan hoidon arvioinnin yhteyttä yksilölliseen tarpeeseen ja tavoitteisiin sekä kaikkien arvioitavien tekijöiden loogista kirjaamista. Yksilöllisessä kirjaamisessa havaittiin edelleen suuria puutteita koulutusintervention jälkeen. Samansuuntaisia tuloksia on todettu myös aiemmissa tutkimuksissa, sillä Tiusasen ym. (2009) mukaan potilaan subjektiivisen voiminnan ja tuntemusten kuvaukset oli vähäisiä hoitotyön kirjauksissa. Lisäksi potilasohjauksen merkinnöissä oli puutteita eikä sairaanhoitajan osuutta hoitotyöhön saatu merkinnöistä selville.

Potilaan yksilöllisen hoidon tarvetta kirjattiin enemmän koulutusintervention jälkeen. Potilaan yksilöllisen tarpeen määrittämisessä on edelleen kehitettävää, sillä ne kuvattiin usein yleisellä tasolla. Dahmin ja Wadenstenin (2008) mukaan standardoitu hoitosuunnitelma lisää riskiä jättää huomioimatta potilaiden yksittäisiä ongelmia ja, siten heikentävän yksilöllistä hoitotyötä. Tiusasen ym. (2009) mukaan potilaiden subjektiivisten tuntemusten dokumentointi on puutteellista. Potilas kuvataan usein hoidon objektina ja heidän kokemuksiaan saamastaan hoidosta ei dokumentoida.

Potilaan yksilöllisen tarpeen ja tavoitteiden välistä yhteyttä, potilaan hoidon toteutuksen yhteyttä yksilölliseen tarpeeseen ja tavoitteisiin, potilaan hoidon arvioinnin yhteyttä yksilölliseen tarpeeseen ja tavoitteisiin sekä kaikkien arvioitavien tekijöiden loogista kirjaamista kirjattiin enemmän kahdella osastolla ja kolmella osastolla ei tapahtunut muutosta. Jefferiesin ym. (2010) mukaan potilaiden oma käsitys heidän voinnistaan ja hoidon vaikutuksesta tulisi näkyä hoitotyön kirjaamisessa. Flinkin ym. (2015) mukaan vain osalle hoitohenkilökuntaa oli välittynyt potilaan kokemukset toteutuneesta hoidosta. Laitisen (2014) mukaan päivittäiset hoitotyön toiminnot keskeytyvät jatkuvasti akuutin hoidon osastoilla. Hoidon pirstaleisuutta voidaan osittain vähentää hoitotyön toimintatapoja kehittämällä organisaatiokeskeisestä potilaskeskeiseen malliin. Potilaskeskeisen hoitotyön ja sähköisen dokumentoinnin kehittämiseksi tarvitaan organisaation tukea kaikilla tasoilla. Myös Jefferies ym. (2010) toteavat hoitotyön pirstaleisen dokumentoinnin

ongelmana. He korostavat hoitotyön dokumentoinnin loogisuutta ja jatkuvaa tarkastelua. Hoitoprosessin eri vaiheita tulee arvioida koko ajan, kunnes potilaan ongelmat ovat ratkenneet.

Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen kokonaislaatu

Tässä tutkimuksessa kirjaamisen kokonaislaatu muodostui kirjaamisen minimilaatutasosta sekä tavoitteellisesta kirjaamisesta ja yksilöllisestä kirjaamisesta. Kirjaamisen kokonaislaatu parani neljällä osastolla koulutusintervention jälkeen. Myös Müller-Staubin ym. (2007), Darmerin ym. (2006) ja Björvellin ym. (2002) mukaan hoitotyöntekijöille suunnatulla kirjaamisen koulutusohjelmalla voitiin selvästi parantaa hoitotyön systemaattisen kirjaamisen laatua. Laadun paraneminen koulutuksen jälkeen oli tilastollisesti merkitsevästi parempi hoitotyön suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kirjauksissa.

Hoitokertomuksien rakenteisissa kirjauksissa oli selviä eroja osastojen välillä. Hoitoympäristöllä ja -kulttuurilla lienee ollut osuutta eroihin. Kaipion (2011) mukaan hoitotilanteet ja ympäristö vaikuttavat sopivien hoitotyön kirjaamisen mallipohjien valintaan.

Kokonaislaatuksen kirjaamisessa havaittiin puutteita rakenteiden käytön osalta, koska niitä ei käytetty säännöllisesti. Samoin Törnvall ym. (2009) totesivat tutkimuksessaan kirjaamisessa olevan puutteita, kun hoitotyön luokitteluja ei käytetty. Luokitellun tiedon käyttäminen lisääntyi ohjausta saaneilla hoitajilla heidän oman kokemuksen mukaan. Säännöllinen täydennyskoulutus ja hoitotyön rakenteinen kirjaaminen paransi hoitotyön dokumentoinnin laatua. Kaipion (2011) mukaan hoitotyön tiedon pitäisi olla helposti saatavilla ja luettavissa, jotta sen hyödyntäminen olisi tehokasta potilaiden hoidossa. Hoitotyöntekijöiden on hankala löytää potilastietoja hoitokertomusjärjestelmistä, joten tulisi pyrkiä kansallisesti yhtenäiseen rakenteiseen hoitotyön kirjaamisen -malliin kaikissa terveydenhuollon organisaatioissa.

Hoitotyön kirjaamista rajoittavia ja haittavia tekijöitä ovat tiedon pirstaloituminen ja hoitotyön kieli. Tutkimusaineistossa oli vieraita lyhenteitä ja termejä, joita kirjaamisessa oli käytetty. Osastoilla oli omat ammattisanansa ja lyhenteensä, jotka toistuivat säännöllisesti. Myös Jefferiesin, Johnsonin, Nichollsin ja Ladin (2012) mukaan koulutusohjelmalla voidaan vaikuttaa myönteisesti hoitotyön kirjaamisen laatuun osastoilla. Sairaanhoidajia kannustettiin tarkastelemaan dokumentointikäytäntöjään kriittisesti. Tärkeää olisi huomioida, että hoitotyön kirjaaminen toimi viestintävälineenä kaikille terveydenhuollon ammattilaisille. Kirjaamisen yhteydessä ilmeni erilaisia esteitä ja ongelmia, kuten **pirstaleinen** kielen käyttö tai epävirallisten lyhenteiden käyttö. Häyrisen

ym. (2011) mukaan hoitotyön sähköinen kirjaaminen paransi hoitotyön näkyvyyttä, yhtenäisten käsitteiden käyttöä ja hoitajien oikeusturvaa.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Tässä tutkimuksessa tehty hoitotyön potilaskertomusten seuranta voitaisiin toteuttaa pitkittäisesti myöhemmin uudelleen. Tällöin pystyttäisiin tarkastelemaan muutoksia pidemmällä aikavälillä.

Jatkossa voisi myös vertailla erilaisten koulutusinterventioiden vaikutusta kirjaamisen laatuun ja muodostaa koe-kontrolli asetelma. Koulutusinterventiot voisivat koostua esimerkiksi työpajatoiminnasta ja teoreettisesta koulutuksesta.

Tässä tutkimuksessa tutkimuskohteina olivat vuodeosastot. Jatkossa olisi mielenkiintoista tarkastella hoitotyön kirjaamista myös poliklinikkojen, kotihoidon ja eri organisaatioiden osalta, koska hoitoympäristön erilaisuus aiheuttaa omia vaatimuksia myös dokumentointiin.

Tietojärjestelmät ohjaavat osaltaan hoitotyön kirjaamista. Nykyään on käytössä erilaisia tietöalustoja, joihin hoitajat kirjaavat. Eri organisaatioilla on toisistaan poikkeavia tietojärjestelmiä, joten käyttäjien omia kokemuksia järjestelmistä olisi mielenkiintoista tutkia.

8. JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

1. Hoitotyön minimikirjaaminen toteutui neljällä osastolla (n=5) paremmin koulutusintervention jälkeen. Minimikirjaamista ohjaavat osastojen ajankohtaiset kirjaamislustalle luodut tekstipohjat eli fraasit, joten niiden päivittämiseen tulisi jatkossa kiinnittää huomiota.
2. Tavoitteellinen kirjaaminen toteutui kolmella osastolla (n=5) paremmin koulutusintervention jälkeen. Tavoitteellista kirjaamista ohjaavat määritellyt hoitojakson tarpeet ja tavoitteet. Tavoitteiden määrittely vaatii osittain edelleen lisäkoulutusta tai ohjausta.
3. Yksilöllinen kirjaaminen toteutui yhdellä osastolla (n=5) paremmin koulutusintervention jälkeen. Yksilöllistä kirjaamista ohjaa potilaan näkökulma, jossa on vielä puutteita. Potilaskeskeiseen kirjaamiseen tarvitaan lisää koulutusta.
4. Kirjaamisen kokonaislaatu parani neljällä osastolla (n=5) koulutusintervention jälkeen. Koulutuksen jälkeen yli puolet hoitotyön kertomusten merkinnöistä on joko hyvällä tai kiitettävällä tasolla, kun ennen koulutusta lähes kaikki olivat heikolla tasolla. Yhtenäinen hoitotyön rakenteinen kirjaaminen vaatii edelleen lisäkoulutusta ja ohjeiden yhtenäistämistä. Erityisesti tulisi kiinnittää huomiota hoitotyön kirjaamisessa käytettäviin rakenteisiin.
5. Hoitotyön kirjaamista tulisi arvioida säännöllisesti ja luotettavasti. Osastot voisivat kehittää käyttöönsä hoitotyön kirjaamisen omavalvontajärjestelmää.

LÄHTEET

- Ahonen O, Blek-Vehkaluoto M, Ekola S, Partamies S, Sulosaari V & Uski-Tallqvist T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sanoma Pro Oy: Helsinki.
- Ammenwerth E, Rauchegger F, Ehlers F, Hirsch B & Schaubmayr C. 2011. Effect of nursing information system on the quality of information processing in nursing: An evaluation study using the HIS-monitor instrument. *International Journal of Medical Informatics* 80 (1), 25–38.
- Björvell C, Wredling R & Thorell-Ekstrand I. 2002. Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scandinavian Journal of Caring Science* 16, 34 – 42.
- Eloranta S, Katajisto J & Leino-Kilpi H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede* 26 (1), 63–73.
- Darmer MR, Ankersen L, Nielsen BG, Landberger G, Lippert E & Egerod I. 2006. Nursing documentation audit – the effect of a VIPS implementation programme in Denmark. *Journal of Clinical Nursing* 15, 525–534.
- Ensio A. & Saranto K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Silverprint: Sipoo.
- Erkkilä T. 2012. Asiakaslähtöisyys näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä. *Pro Terveys* 40, 38–40.
- Eskola J & Suoranta J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino: Jyväskylä.
- Dahm MF & Wadensten B. 2008. Nurses’ experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records – a questionnaire study. *Journal of clinical nursing* 17, 2137–2145.
- Felgen JA. 2004. *Caring and Healing Environment*. Teoksessa: Koloroutis M. (toim.). *Relationship-Based Care. A Model of Transforming Practice*. Minneapolis.
- Feng R-C, Tseng K-J, Yan K-F, Huang H-Y & Chang P. 2013. A preliminary study on the use of clinical care classification in nursing documentation data sets. *Computer Methods and Programs in Biomedicine* 112 (2013), 713–719.
- Flink M, Bergenbrant GS, Airosa F, Öhlen G, Barach P, Hansagi H, Brommels M & Olsson M. 2015. Patient-centered handovers between hospital and primary health care: An assessment of medical records. *International Journal of Medical Informatics* 84 (5), 355–362.
- Gugerty B, Maranda MJ, Beachley M, Navarro VB, Newbold S, Hawk W. 2007. Challenges and opportunities in documentation of the nursing care of patients: A report of the Maryland nursing workforce commission, documentation work group. Baltimore, MD: Maryland Nursing Workforce Commission.
- Gunhardsson I, Svensson A & Berterö C. 2008. Documentation in palliative care: Nursing documentation in a palliative care unit—A pilot study. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 25 (1), 45–51.
- Hallila L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Otavan Kirjapaino Oy: Keuruu.

- Hartikainen K, Häyrinen K, Luomala T, Komulainen J, Porrasmaa J & Suhonen M. 2007. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tieto sisällöt: Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala ja toimintokohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 3.0.
- Hellstén K, Outinen M & Holma T. 2004. Kehittävä vertaiskäynti – työväline laadunhallintaa. Stakesin monistamo: Helsinki.
- Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15 uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.
- Hellesø R. 2006. Information handling in the nursing discharge note. *Journal of Clinical Nursing* 15, 11–21.
- HoiData 2009. Kansallinen yhtenäiset hoitotyön tiedot hanke (HoiData). Loppuraportti: HoiData 2007 – 2009. FinCC-luokituskokonaisuus.
- Häyrinen K & Ensio A. 2008. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Saranto K, Ensio A, Tanttu K & Sonninen A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. WSOY oppimateriaalit Oy: Helsinki, 97–111.
- Häyrinen K, Lammintakanen J, Saranto K. 2010. Evaluation of electronic nursing documentation–nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *International Journal of Medicin Information* 79, 554–564.
- Häyrinen K. 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa. Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies 27. Kopijyvä: Kuopio.
- Jefferies D, Johnson M & Griffiths R. 2010. A metastudy of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice* 16 (2), 112–124.
- Jefferies D, Johnson M, Nicholls D & Lad S. 2012. A ward-based writing coach program to improve the quality of nursing documentation. *Nurse education today* 32, 647–651
- Jefferies D, Johnson M, Nicholls D, Langdon R & Lad S. 2012. Evaluating an intensive ward-based writing coach programme to improve nursing documentation: lessons learned. *International Nursing Review* 59, 394–401.
- Junttila K, Hupli M & Salanterä S. 2010. The use of nursing diagnoses in perioperative documentation. *International Journal of Nursing Terminologies and Classification* 21 (2), 57–68.
- Junttila K, Salanterä S & Hupli M. 2005. Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation. *Journal of Advanced Nursing* 52 (3), 271–280.
- Kaila A. & Kuivalainen L. 2014. Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008 – 2013.
- Kaipio J. 2011. Usability in Healthcare: Overcoming the Mismatch between Information Systems and Clinical Work. Aalto University publications series. Doctoral dissertations 105. Unigrafia Oy: Helsinki.

- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy: Helsinki.
- Kassara H, Paloposki S, Holmia S, Murtonen I, Lipponen V, Ketola M-L. & Hietanen H. 2005. Hoitotyön osaaminen. WSOY: Porvoo.
- Kettunen T & Kivinen T. 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. Tutkiva Hoitotyö 10, 40–42.
- Kim Y, Park H. Analysis of nursing records of cardiac-surgery patients based on the nursing process and focusing on nursing outcomes. International Journal of Medicin Information 74, 952–959.
- Kinnunen U-M, Saranto K & Ensio A. 2008. Haavahoidon sähköisen kirjaamisen kehittäminen. Hoitotiede 20 (2), 70–81.
- Kuusisto A, Asikainen P & Saranto K. 2015. Hoitotyön yhteenvedon tietosisältö hoitotyöntekijöiden arvioimana. Hoitotiede 27 (4), 311–323.
- Kärkkäinen O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia H & Koponen L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja: Sairaanhoidtajaliitto. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 89–96.
- Laitinen, H. 2014. The Significance of Proximity and Timeliness for Patientfocused Nursing Care and Electronic Documentation in Acute Care Wards. Väitöskirja. Tampere: Tampere University Press.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. [viitattu 13.3.2016].
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. [viitattu 13.3.2016].
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6ist%C3%A4%20>
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, päivitetty 2010. [viitattu 15.4.2016].
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=2007%2F159>
- Lee T. 2005. Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. Journal of Clinical Nursing Vol. 15 (11), 1376–1382.
- Lehtovirta J & Vuokko R. (toim.) 2013. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Osa I. THL-Ohjaus 1/2014. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy: Helsinki.
- Leino-Kilpi H, Heikkinen K, Hiltunen A, Johansson K, Kaljonen A, Virtanen H & Salanterä S. 2009. Preference for information and behavioural control among adult ambulatory surgical patients. Applied Nursing Research 22 (2), 101–106.
- Liljamo P, Kaakinen P & Ensio A. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisessä kirjaamisen mallissa.

- Larsson IE, Sahlsten MJ, Sjöström B, Lindencrona CS & Plos KA. 2007. Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21, 313–320.
- Lundgrén-Laine H, Salanterä S. 2007. Hoitotyön päätöksenteko – muuttavatko sähköiset järjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näkyväksi? Teoksessa: Teoksessa Hopia H, Koponen L. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Sairaanhoitajaliitto. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä*, 25–35.
- Lusk JM & Fader K. 2013. A Concept Analysis of Patient-Centered Care. *Nursing Forum* 48 (2), 89–98.
- McCormack B, Karlsson B, Dewing J & Lerdal A. 2010. Exploring person-centeredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24 (3), 620–634.
- Meijers JMM, Janssen MAP, Cummings GG, Wallin L, Estabrooks CA & Halfens RYG. 2006. Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: Systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing* 55, 622–635.
- Melender H-L, Häggman-Laitila A. 2010. Näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen hoitotyössä: Katsaus koulutusinterventioiden vaikuttavuuteen. *Hoitotiede* 22 (1), 36–54.
- Morris J, Winfield L & Young K. 2012. Registered nurses perceptions of the discharge planning process for adult patients in an acute hospital. *Journal of Nursing Education and Practice* 2 (1), 28–38.
- Müller-Staub M. 2009. Study to the implementation of NANDA-1 nursing diagnosis, interventions and nursing sensitive patient outcomes [German]. *Pflegewissenschaft* 11 (12), 688–696.
- Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA. & Van Achterberg T. 2007. Improved Quality of Nursing Documentation: Results of a Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes Implementation Study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 18 (1), 5–17.
- Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA. & Van Achterberg T. 2008. Implementing nursing diagnostics effectively: cluster randomized trial. *Journal of Advanced Nursing* 63 (3), 291–301.
- Müller-Staub M, Lunney M, Lavin MA, Needham I, Odenbreit M, & Van Achterberg T. 2008. Testing the Q-DIO as an Instrument to Measure the Documented Quality of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 19 (1), 20–27.
- Nilsson UB & Willman A. 2000. Evaluation of nursing documentation a comparative study using the instruments NoGA© and Cat-ch-ing© after an educational intervention. *Scandinavian Journal of Caring Science* 14, 199–206.
- Nummenmaa, L. 2009. Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät. Tammi: Helsinki.

- Odutayo PO, Olaogun AA, Oluwatosin AO & Ogunfowokan AA. 2013. Impact of an educational program on the use of standardized nursing languages for nursing documentation among public health nurses in Nigeria. *International Journal of Nursing Knowledge* 24 (2), 108–112.
- Paasivaara L, Suhonen M & Nikkilä J. 2008. *Innostavat projektit*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry: Helsinki.
- Park H & Lee E. 2015. Incorporating standardized nursing languages into an electronic nursing documentation system in Korea: A pilot study. *International Journal of Nursing Knowledge* 26 (1), 35–42.
- Pearson A, Wiechula R, Court A & Lockwood C. 2005. The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence Based Healthcare* 3, 207–215.
- Potilasvahinkolaki 585/1986. Valtion säädöstietopankki [viitattu 13.3.2016]. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>
- Rosendal Darmer M, Ankersen L, Geissler Nielsen B, Landberger G, Lippert E & Egerod I. 2004. The effect of a VIPS implementation programme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18 (3), 325–332.
- Rossi A. 2012. *Kulttuuristrategia*. Kariston Kirjapaino Oy: Hämeenlinna.
- Rykkje L. 2009. Implementing electronic patient record and VIPS in medical hospital wards: Evaluation change in quantity and quality of nursing documentation by using the audit instrument Cat-ch-ing. *Vård I Norden* 29 (2), 9–13.
- Saranto K. 2007. Mihin elektronista hoitotietoa käytetään? Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. WSOY: Helsinki, 179–208.
- Saranto K. & Kinnunen UM. 2009. Evaluation nursing documentation – research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 65, 464–476.
- Saranto K, Kinnunen UM, Kivekäs E, Lappalainen A-M, Liljamo P, Rajalahti E & Hyppönen H. 2014. Impacts of structuring nursing records: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28, 629–647.
- Saranto K. & Sonninen A-L. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto K, Ensio A, Tantt K, Sonninen A-L. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. WSOY: Helsinki, 11–16.
- Sonninen A-L & Ikonen H. 2007. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto K, Ensio A, Tantt K, Sonninen A-L. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. WSOY: Helsinki, 75–79.
- STM. 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. *Opas terveydenhuollon henkilöstölle*. Oppaita 2001:3, Helsinki.
- STM. 2009a. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. <http://www.stm.fi>
- Tantt K & Rusi R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hopia H, Koponen L. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2007*. Hoitotyön kirjaaminen. Sairaanhoitajaliitto. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä, 113–122.

Thoroddsen A & Ehnfors M. 2007. Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *Journal Clinical Nursing* 16, 1826–1838.

Tiusanen T, Junttila K, Leinonen T & Salanterä S. 2009. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisen arviointi. *Hoitotiede* 21 (4), 269–281.

Tuomi J & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Varantola, K (pj.), Launis V, Helin M, Spoof SK. & Jäppinen S (siht.). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. www.tenk.fi

Törnvall E, Wahren L & Wilhelmsson S. 2009. Advancing nursing documentation—An intervention study using patients with leg ulcer as an example. *International journal of medical informatics* 78, 605–617.

Törnvall E, Wilhelmsson S & Wahren L. 2004. Electronic nursing documentation in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18 (3), 310–317.

Vilkka H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Virkkunen H, Mäkelä-Bengs P. & Vuokko R. (toim.) 2015. Terveysthuollon rakenteisen kirjaamisen opas Osa I. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen, THL-versio 2015/Ohjaus 2. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy: Helsinki.

Voutilainen P, Isola A & Muurinen S. 2004. Nursing documentation in nursing homes –state-of-the-art and implications for quality improvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18 (1), 72–81.